

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE
L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE
ANTÉRIEURE
AU POINT DE VUE DE LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI LÉON

Né le 28 Décembre 1872, à Saint-Lô (Manche)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux

Lauréat de l'École de Médecine de Rennes (Concours 1890)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1894

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE
L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE
ANTÉRIEURE
AU POINT DE VUE DE LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI LÉON

Né le 26 Décembre 1872, à Saint-Lô (Manche)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux

Lauréat de l'École de Médecine de Rennes (Concours 1890)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrége.
Accouchements	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrége
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LAROYENNE, Président; M. FOCHIER, Assesseur; MM. ROLLET et CONDAMIN, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LAROYENNE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAMIN

Nous aurions été très heureux de pouvoir dédier notre travail inaugural aux maîtres qui nous ont appris à aimer la médecine et, avant tout, les études cliniques qui en sont le véritable fondement. La crainte seule que ce modeste témoignage de reconnaissance ne soit pas suffisamment digne de leurs enseignements et de leurs conseils fait que nous ne pouvons que les assurer de la constante préoccupation que nous aurons toujours de devenir, en imitant leur exemple, un praticien dévoué et consciencieux.

Nous adressons plus particulièrement l'hommage de notre vive gratitude à :

M. le professeur Laroyenne, pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse et la sollicitude pleine d'intérêt qu'il nous a témoignée pendant que nous avons été son externe et depuis que nous avons quitté son service ;

M. le professeur agrégé Condamin à qui nous devons le sujet de ce travail et qui ne nous a ménagé ni ses conseils,

ni son temps, ni son savoir, pour nous guider dans notre tâche. Les marques de grande bienveillance et d'estime que ce maître n'a cessé de nous montrer ajoutent encore à la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui à beaucoup d'autres titres.

M. le professeur-agrégé Auguste Pollosson, dont nous avons eu la bonne fortune d'être secrétaire pendant notre dernier semestre d'externat et qui a été pour nous le plus aimable des maîtres. Qu'il reçoive ici l'expression de notre plus vive sympathie et de l'inoubliable souvenir que nous garderons toujours des préceptes de saine chirurgie que sa pratique et son exemple nous ont inspirés ;

M. le Dr Rabot, médecin de la Charité, qui s'est montré pour nous de la plus grande affabilité pendant les quelques mois que nous avons passés dans son service, aux diphtéritiques. C'est grâce à ses conseils et à la libéralité avec laquelle il a mis son laboratoire à notre disposition, que nous avons pu apprendre quelques notions de micrographie. Le vif intérêt et les marques d'amitié qu'il nous a témoignés depuis nous font un devoir bien agréable à remplir de l'assurer de notre entier dévouement.

Nous devons adresser aussi le sincère hommage de notre reconnaissance : à nos premiers maîtres en clinique, à l'Hôpital Desgenettes, MM. les médecins-majors, Manquat, Lemoine, Sieur, Brousse, Hassler, et à tous nos chefs de service dans les hôpitaux, entre autres, MM. les Drs Tellier et Repelin qui ont fait preuve à notre égard

d'une extrême amabilité, et dont nous leur gardons le meilleur gré.

Il est un maître dont le souvenir reviendra souvent à notre pensée. C'est M. le professeur Fochier, dont les leçons, si éminemment pratiques et empreintes de l'esprit clinique le plus développé, resteront gravées dans notre mémoire avec la profonde impression que nous avons éprouvée en les écoutant.

Enfin, c'est aussi un devoir auquel nous aurions bien garde de nous soustraire, que celui d'adresser ici un faible témoignage de notre reconnaissance et de notre sympathie à M. Barou, professeur agrégé de Philosophie. Ce fut lui notre premier et notre meilleur conseiller, et ce sont ses inestimables leçons qui ont formé le fond le plus précieux de nos connaissances. Nous ne saurions oublier non plus la généreuse hospitalité que nous avons reçue dans sa famille, à Mornant, et chez lui, à Annecy, pendant notre séjour à Lyon.

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE
L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE
ANTÉRIEURE
AU POINT DE VUE DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION

*Que faut-il entendre par résultats éloignés ou tardifs?
— But de notre étude.*

Il y avait plusieurs mois déjà que nous étions externe de la clinique gynécologique, quand M. le professeur agrégé Condamin, nous conseilla, comme sujet de thèse, l'étude des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale antérieure en insistant sur le champ et l'étendue de ses indications. M. le Professeur Laroyenne venait de faire sur cette opération une remarquable leçon qui fut publiée dans la *Province médicale*¹. Cette question à laquelle s'ajoutait l'intérêt d'actualité, m'intéressa d'autant plus que j'avais vu pratiquer cette opération, un grand

¹ *Province médicale*, 24 mars 1894. Leçon recueillie par Deydier et H. Léon.

nombre de fois, que je connaissais mieux les détails de sa technique, les heureuses modifications du procédé de notre maître, le professeur Laroyenne, enfin, que j'étais aussi bien situé¹ que possible pour me faire, sur cette matière, une petite opinion personnelle.

L'étude des résultats éloignés d'une opération équivaut à juger sa valeur absolue ou relative, réelle ou apparente au point de vue de la thérapeutique chirurgicale. C'est faire le procès de l'intervention elle-même et pour l'entreprendre, il faut, en quelque sorte, rechercher en chaque cas individuel, si cette intervention est justifiée.

Une telle critique, pour être irréprochable, nécessite une appréciation stricte et rigoureuse de toutes les raisons qui, par suite du diagnostic, motivaient l'intervention, des différentes données qui auront été révélées, des particularités et des complications qui auront lieu pendant son cours, enfin des suites opératoires et des divers résultats immédiats et éloignés qu'on aura eu soin d'enregistrer méticuleusement en même temps que les différents phénomènes qui auraient pu exercer une influence marquée sur leur statique. Voulant avant tout faire une œuvre clinique consciencieuse, nous n'avions pas primitivement d'autre but, sous la constante préoccupation de semblables idées, que celui d'examiner avec l'appui constant et bienveillant de notre maître, M. le professeur agrégé Condamin, l'état des différentes malades ayant subi l'hystéropexie par le

¹ Aussi bien au sens figuré du mot qu'en réalité, puisque l'opération étant faite sur le lit de Trendelenburg, en inversion, je me trouvais, du fait de ma fonction d'aide chargé de l'anesthésie, le spectateur le plus favorisé.

procédé Laroyenne et qui revenaient de temps en temps aux consultations gratuites. En outre, par un interrogatoire poursuivi et attentif, nous cherchions à obtenir d'elle des renseignements plus précis sur les particularités intéressantes que pouvaient présenter certains des signes qu'elles accusaient elles-mêmes. Mais parmi ces opérées, et actuellement à la clinique, il y en a près de soixante, beaucoup dont j'avais pris l'observation et chez lesquelles l'interprétation de leurs sensations m'était par là même plus aisée, ont subi l'hystéropexie, pour des affections dans lesquelles elle n'avait pas encore été appliquée.

Dans une communication faite au dernier Congrès international de Rome, M. le professeur Laroyenne a recommandé la ventro-fixation, en outre des prolapsus et des rétrodéviations dans « l'antéflexion compliquée ou non de périmétrite, mais douloureuse à cause de la dysménorrhée mécanique qui l'accompagne ».

La première hystéropexie faite dans ce but fut pratiquée le 14 mars dernier. Toutes celles qui ont été faites depuis, dans ces conditions (il y en a dix-huit), sont beaucoup plus récentes. Les résultats immédiats ont été très heureux, mais il serait cependant prématuré de les considérer comme définitifs. C'est, du reste, l'opinion de M. le professeur Laroyenne.

Sans doute, tout moyen terme, sur lequel on puisse se baser, en matière de résultats éloignés, est de pure convention. Comme l'a écrit M. Baudoin, « le terme de trois ou cinq mois ne doit pas constituer un temps suffisant pour affirmer que la guérison est radicale. » Même « pour avoir le droit d'affirmer qu'elle a de grandes chances de l'être d'une façon définitive, » nous ajouterons que l'appré-

ciation de la durée, dans l'évaluation des résultats tardifs, doit être essentiellement relative.

Au cas qui nous occupe, il serait juste de faire entrer en ligne de compte un ensemble de considérations multiples se rapportant à l'âge de la femme, la possibilité qu'elle aura de pouvoir satisfaire aux exigences de sa condition sociale (pourra-t-elle faire son travail, marcher, etc.), enfin, s'il s'agit de femmes jeunes, à l'état de leurs fonctions génitales.

Tels sont les différents points qui doivent entraîner l'étendue des exigences qu'on doit requérir des résultats d'une opération.

Ces quelques réflexions, qui nous sont personnelles, sont surtout utiles à propos de l'hystéropexie, qui peut être aussi bien appliquée au traitement d'un prolapsus irréductible, plus ou moins compliqué, qu'à celui d'une simple déviation.

Raisonnablement, on ne saurait apporter dans deux cas si différents, les mêmes éléments de critique.

Aussi, nous avons cru devoir limiter nos recherches en nous plaçant plus spécialement au point de vue de l'hystéropexie conservatrice, c'est-à-dire dans laquelle l'une des deux annexes, au moins, aura été respectée.

La première question qui s'imposait alors à notre étude était celle de la grossesse.

Nous avons pu nous rendre compte, au cours de nos recherches, que ce problème, tout en étant très curieux, était, dans l'état actuel de la thérapeutique chirurgicale de l'utérus et de ses annexes, le premier point qu'il s'agissait d'élucider.

Il est d'ailleurs évident que la question de la grossesse

CHAPITRE PREMIER

*Définition de l'hystéropexie abdominale antérieure
comme méthode thérapeutique dans les déviations
utérines.*

Nous n'avons pas l'intention d'exposer à nouveau l'historique même succinct de l'hystéropexie. M. Baudoin, qui a fait sur ce sujet un travail aussi considérable que remarquable, après avoir, avec un rare scrupule, rassemblé et compulsé tous les travaux qui avaient paru jusqu'alors sur cette question, a décrit la genèse et les différentes phases de cette opération avec l'autorité et la compétence qui s'attachent à des recherches aussi étendues. Aussi bien son ouvrage est-il la meilleure source à laquelle on puisse se reporter. Nous allons simplement relater quelques considérations qui vont nous permettre de donner un aperçu sur la place qu'occupe l'hystéropexie parmi les opérations courantes en gynécologie.

¹ M. Baudoin, *Hystéropexie abdominale antérieure*, thèse, Paris, 1890.

Il est curieux de constater que c'est en France que l'hystéropexie a eu le plus tard les honneurs de la discussion. C'est cependant sa terre natale. Le 27 mars 1869 est désormais, en histoire chirurgicale, une date mémorable. L'opération que Koeberlé pratiqua ce jour-là, à Strasbourg, était bien une hystéropexi intra-abdominale, de propos délibéré, véritable opération type, conçue dans le but de remédier ainsi, par la fixation de l'utérus, à des symptômes graves d'obstruction intestinale, causés par la rétrodéviatiion de cet organe. Et, comme le dit fort bien M. Baudoin, Koeberlé créa ainsi une méthode opératoire nouvelle destinée à l'avenir le plus brillant. Car il n'y aura bientôt plus d'organes viscéraux dont la fixation anormale ou « pexie » n'ait été tentée avec succès. Ce n'est cependant que près de vingt ans après sa naissance, que l'opération de Koeberlé est venue devant la Société de chirurgie, à l'occasion d'une observation de M. Terrier. « Il est probable, dit Pozzi, que beaucoup de laparotomistes ont fait, sans le publier, la fixation complémentaire et occasionnelle de l'utérus, après l'ablation d'un kyste de l'ovaire ou d'un corps fibreux, » mais ces faits n'ont rien de commun avec l'hystéropexie d'emblée, unique but de l'intervention. Et pourtant, alors qu'en France personne n'avait encore parlé de ventro-fixation, il y avait déjà longtemps qu'en Allemagne et aussi en Amérique, cette méthode était sortie de la période des faits isolés et en quelque sorte d'initiative privée.

Depuis Klotz et Olshausen elle n'était même plus, en Allemagne, discutée comme méthode et depuis plus de dix ans, elle était pratiquée dans les rétrodéviations et le prolapsus.

En dépit cependant de l'anathème dont elle fut alors frappée, en France, par quelques maîtres qui la considéraient, *a priori*, comme une intervention hasardeuse et non justifiée, elle put cependant acquérir droit de cité dans la chirurgie française. La thèse de M. Baudoin n'y contribua pas peu.

« La réunion d'un stock de plus de deux cent trente-cinq cas, sur lesquels plus de cent-cinquante à cent quatre-vingt observations complètes, rien que pour les rétrodéviations » suffisait largement pour légitimer cette intervention. Mais il faut ajouter que, parmi une quantité aussi considérable d'observations, le plus grand nombre n'étaient pas d'une bien grande utilité au point de vue des indications à retirer des résultats. Beaucoup, et c'est la majorité, se rapportaient, en effet, à des ventro-fixations faites, pour ainsi dire, à l'occasion, et dans des conditions entièrement subordonnées aux circonstances ; d'autres sont bien de véritables hystéropexies faites dans un but préconçu et bien arrêté, mais l'indécision règne sur les conditions qu'il y avait lieu de réaliser pour assurer la ventro-fixation — par exemple, si celle-ci doit être temporaire ou définitive. On conçoit donc la difficulté qu'il y avait à tirer des résultats de semblables interventions, des indications qui puissent s'imposer à tout chirurgien qui pratique, par exemple, cette opération pour la première fois.

La multiplicité même des procédés employés tous suivant des considérations *a priori* et personnelles à des opérateurs qui souvent pratiquaient pour leur propre compte, la première intervention de ce genre, montre suffisamment comment il se fait qu'il n'y ait eu jusqu'ici

que des séries de cas publiées avec la statistique personnelle de chaque auteur.

On comprend que des faits, si dissemblables, se prêtent très peu aux exigences que nécessite la clinique pour établir des indications formelles : et, il n'y a pas lieu de s'étonner outre mesure si l'hystéropexie n'est pas encore admise d'une manière générale comme opération, ayant ses indications bien définies, avec la quasi-certitude des bénéfices qu'on est en droit d'espérer d'une intervention.

Cette dernière considération a surtout en vue les raisons qui font qu'une opération dont l'épreuve du temps aura démontré la réelle efficacité devient véritablement « classique ». C'est en nous plaçant sur ce terrain que nous avons l'intention d'étudier l'hystéropexie abdominale antérieure. Nous devons donc définir, dès maintenant, sinon le terme, au moins la signification qui doit lui être attribuée. Dans cette étude, nous n'envisagerons sous la dénomination d'hystéropexie que les seules interventions dans lesquelles on a pratiqué la fixation du corps de l'utérus à la paroi abdominale antérieure, dans le but bien arrêté de guérir définitivement les troubles permanents et continuels qui résultaient de la déviation de l'utérus dans le sens antéro-postérieur, et de la tendance persistante de cet organe à demeurer dans sa mauvaise situation. Nous attribuerons en outre, à cette opération, l'épithète de « conservatrice » quand la conservation des deux annexes, ou au moins l'une d'elles, permettra d'espérer chez une femme jeune, sa fécondité ultérieure.

Ce sont surtout ces derniers cas que, nous aurons en vue dans l'étude que nous allons faire des résultats éloignés de cette opération après la grossesse.

CHAPITRE II

Le problème de l'hystéropexie et de la grossesse. Comment doit-il être compris?

L'éventualité d'une grossesse ultérieure est une des objections qui s'élevèrent naturellement dès les premières discussions, qui eurent lieu au sujet de l'hystéropexie. Serait-elle, même possible ? Les faits se sont chargés de répondre. Actuellement, le nombre de femmes ayant subi cette opération et devenues enceintes par la suite s'élève à trente et un environ, dont quelques-unes ayant eu plusieurs grossesses successives.

La réunion de ces différents cas constitue donc un ensemble de matériaux suffisants pour permettre une étude relativement complète de la question et l'envisager à un autre point de vue que celui auquel on s'est placé jusqu'ici. Cette opération devant être appliquée au traitement d'affections, nécessitant par elles seules, une intervention chirurgicale, la relation des faits de grossesses

survenus après l'hystéropexie, n'a pas eu d'autre conséquence pour beaucoup de chirurgiens, que de prouver que la grossesse n'était pas une contre-indication à l'hystéropexie. Parmi les nombreux travaux que cette opération a suscités, il n'y en a qu'un petit nombre dans lesquels elle ait été envisagée au point de vue obstétrical. Les uns ont trait à des considérations plus ou moins théoriques, souvent basées sur l'observation d'un seul fait, les autres paraissent n'avoir eu d'autre but que d'arriver à établir une statistique.

Saenger¹ a rapporté dans un mémoire publié en octobre 1891, que sur 100 cas alors connus de ventro-fixation conservatrice, il y avait eu : 13 accouchements à terme, 1 à 8 mois avec enfant vivant, 1 terminé à 7 mois par suite de traumatisme, 2 avortements de 3 à 5 mois et 4 grossesses dont on ignore le résultat.

Saenger conclut de ces faits qu'après la ventro-fixation conservatrice, le nombre des cas de conception était considérable, puisqu'il atteignait jusqu'alors la proportion de 23 pour 100. D'autres séries de faits ont été publiées depuis : Flaischen, sur 9 opérées d'hystéropexie conservatrice, dont 4 avec castration unilatérale, a eu 2 cas de grossesses consécutives. Jacobs, sur un peu plus de 50 cas, on a observé 7. Sinclair, sur 11 faits personnels, a eu 2 opérées qui sont devenues enceintes, dont l'une trois fois de suite. Enfin, Frommel² vient de publier 1 cas de grossesse sur 3 ventro-fixations conservatrices.

Sans accorder une importance exagérée à ces chiffres,

¹ *Centralblatt f. Gynæch.*, 1891.

² *Zeitsch. f. Gynæch.*, xxvii, 2.

ils permettent au moins de constater que la conception peut devenir, dans une proportion qui n'est pas négligeable, une éventualité heureuse chez des femmes dont un grand nombre étaient même exposées, sans l'intervention, à la stérilité. Dans un article publié dans les *Archives de Tocologie* d'octobre 1892, M. Rivière, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, a étudié la valeur comparée de l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical. La même question a été reprise et étudiée avec plus de détails dans la thèse de Lamort, soutenue à Bordeaux en janvier dernier. Sans vouloir aborder ici la discussion relative à la valeur comparée de ces deux opérations, dans le traitement des rétro-déviation, et, vraisemblablement, comme l'admet, du reste, M. Rivière, l'une et l'autre doivent avoir leurs indications propres, nous dirons seulement qu'il y a un grand nombre de cas dans lesquels l'opération d'Alquié-Alexander avait d'abord été faite, et dans lesquels on dut avoir, par la suite, recours à l'hystéropexie. Il y a même une observation de grossesse survenue dans ces conditions, après cette deuxième intervention, c'est l'observation I de Saenger, dont l'histoire obstétricale est rapportée dans la thèse de Lamort¹. Dans ce dernier travail l'auteur a eu le mérite de rassembler sur la question qui nous occupe une assez grande quantité de matériaux qui nous ont été de beaucoup d'utilité.

L'étude qui s'y trouve de l'hystéropexie au point de vue de la grossesse a cependant le tort de n'avoir envisagé que les seuls résultats. Ceux-ci, sans distinction aucune

¹ L. Lamort, th. Bordeaux, 1894, p. 60.

d'importance, ont été considérés dans leur ensemble, et n'ont été étudiés qu'au seul point de vue des arguments qui peuvent en être tirés, et d'après lesquels les conclusions ont été déduites. M. Lamort a eu toutefois l'heureuse inspiration de demander aux plus grands maîtres de la science, en obstétrique et en gynécologie, quelle était leur opinion sur la valeur des deux opérations qui font l'objet de son travail, au point de vue de la grossesse ultérieure. Il a pu ainsi réunir, à la fin de son mémoire, un certain nombre de documents aussi précieux qu'extrêmement importants. Leur étude, aussi intéressante qu'instructive, nous a montré, en ce qui concerne la question qui nous occupe, l'incertitude qui règne à ce sujet, plus particulièrement chez les accoucheurs dont plusieurs actuellement en France, et des plus illustres praticiens, s'en tiennent encore à des considérations purement théoriques. « L'influence de l'hystéropexie sur les grossesses, dit Segond¹, est assez mal connue et ce serait faire œuvre utile que de se proposer de l'élucider. »

Nous avons ainsi compris tout l'intérêt qu'il pouvait y avoir actuellement à réunir toutes les observations publiées. Le plus grand nombre se trouve déjà dans la thèse de Lamort, mais fort incomplètes; on n'a rapporté pour la plupart que leur partie obstétricale. Nous avons fait tous nos efforts pour compléter ces dernières au moyen des renseignements que nous avons pu trouver sur elles, dans la littérature médicale, et nous avons été assez heureux pour ajouter, aux cas jusqu'alors connus, quatre nouvelles observations dont une qui nous est personnelle,

¹ Th. Lamort, p. 107.

et trois autres, encore inédites dans notre langue, dont deux de Sinclair à Manchester et une de Frommel à Berlin. Convaincu que la recherche des résultats ne vaut qu'autant qu'on attribue à ceux-ci l'importance réelle qu'ils doivent avoir, par la critique des conditions mêmes qui les ont engendrés, la lecture des observations qui suivent fournira au moins les éléments d'une appréciation plus exacte de ces résultats.

CHAPITRE III

Observations.

Nous les avons réparties en trois groupes se rapportant aux trois modes de fixation de l'utérus : indirect, semi-direct et direct.

OBSERVATION I (Routier¹)

Rétroflexion. — Hystéropexie indirecte complémentaire. — Grossesse normale. — Accouchement à terme.

L. P..., vingt quatre ans, première grossesse à vingt et un ans, accouchement à terme, enfant mort. Deuxième grossesse et accouchement à terme, en juin 1887. Depuis, douleurs abdominales, troubles menstruels. Obligée de cesser son travail à cause de ses douleurs, entre à Laënnec, en novembre 1888.

Palper douloureux dans la fosse iliaque. Utérus peu mobile et

¹ Th. M. Baudoin, p. 375.

douloureux. Le fond est immédiatement en arrière du col. Rétroflexion très accentuée.

Laparotomie le 1^{er} décembre 1888. Le fond de l'utérus est redressé avec le doigt. L'ovaire droit kystique est enlevé et le pédicule fixé au bas de l'incision abdominale par le dernier crin de Florence de la suture.

Pas de suites opératoires.

Sort le 4 janvier 1889.

24 avril 1889. — Enceinte de deux mois et demi. Utérus en bonne position.

31 octobre. — Accouchement normal d'un garçon.

10 novembre. — Utérus en très bonne position.

10 décembre 1889. — Utérus bien en place. Pas de douleurs.

Décembre 1891. — Deuxième accouchement à terme.

OBSERVATION II (Jeannel¹)

Hystéropexie indirecte. — Grossesse et accouchement à terme, sans incidents.

Malade, après castration unilatérale et hystéropexie indirecte (Kœberlé,) devenue enceinte et accouchée à terme sans incidents.

OBSERVATION III (Saenger²)

Opération d'Alquié. — Hystéropexie semi-directe. — Première grossesse. — Accouchement prématuré. — Deuxième grossesse. — Version extraction d'un fœtus mort. — Inertie utérine.

Douleurs continues. Incapacité de travail.

Rétroflexion mobile. Métrite chronique. Hypertrophie utérine.

¹ Lamort, *loc. cit.*, p. 95.

² Th. Baudoin, p. 312. — Th. Lamort, p. 60.

(Utérus se réduisant facilement mais impossible de maintenir réduit.)

Pessaire, un an, sans succès.

En juin 1887, opération d'Alquié-Alexander à droite seulement (8 centimètres).

Impossible à gauche. Pessaire de Thomas. Récidive.

Pessaires à nouveau, sans résultat.

Hystéropexie le 26 décembre 1887, pas d'ablation d'annexes, fixation bilatérale de l'origine des ligaments ronds et du feuillet antérieur des ligaments larges, à la paroi abdominale antérieure par trois sutures au crin de Florence. On trouva des adhérences utérines qui furent détruites après une incision de laparotomie.

Fond de l'utérus très adhérent aux anses intestinales, difficiles à détacher.

3 janvier 1888. — (Huit jours après l'opération.)

Utérus soudé et comme suspendu à la paroi abdominale, très petit, très mobile. Douleurs disparues.

Mars 1889. — Quinze mois après, opération. Première grossesse dès les premiers temps, douleurs partent manifestement des points de fixation de l'utérus. Écoulements sanguins jusqu'au deuxième mois; au troisième mois, le médecin ordinaire de la femme écrit à Saënger que l'utérus paraît ne pas se développer normalement en hauteur, étant solidement retenu au niveau de la suture.

Avril 1889. — Au sixième mois, accouchement prématuré. Fœtus macéré, ayant des dimensions d'un fœtus de trois mois.

Six semaine plus tard, femme en parfaite santé. Utérus ayant parfaitement involué et en antéversion.

Deuxième grossesse, en avril 1890. Dernières règles un an après sa fausse couche. En septembre, premiers mouvements de l'enfant à quatre mois et demi.

Saenger examine la femme jusqu'au neuvième mois de l'accouchement et constate que l'utérus ne présente rien d'anormal dans ses dimensions, sa forme, sa mobilité. Accouchement le 7 février, quelques jours au delà du terme, achevé par version et extraction d'un enfant mort. Absence presque complète de contractions.

OBSERVATION IV (Saenger II ¹).

Hystéropexie semi-directe. Grossesse et accouchement normaux.

S..., vingt-huit ans, accouchement normal. Rétroflexion mobile. Ventro-fixation le 21 juin 1888.

Procédé semi-direct.

Grossesse quatre mois après, parfaitement normale. Accouchement à terme, le 21 juillet 1889.

22 juillet 1890. — Léger écartement vers le milieu de la cicatrice abdominale. Utérus en antéversion, mais complètement mobile. Les adhérences à la paroi abdominale existent encore.

OBSERVATION V (Von Winiwarter ²).

Hystéropexie semi-directe à fausse couche probable.

D. G..., vingt-cinq ans, un enfant à dix-neuf ans.

Depuis, troubles menstruels et douleurs. Rétroversion utérine avec abaissement modéré et kyste ovarique droit.

3 avril 1888. — Laparotomie. Ablation de l'ovaire droit.

L'utérus redressé et suspendu au dessus de la symphyse pubienne, derrière l'angle inférieur de la plaie ventrale. Le fil du pédicule est utilisé à droite et à gauche, on passe d'avant en arrière, à travers l'angle gauche de la matrice, une suture qu'on ramène dans l'épaisseur de la paroi abdominale et qu'on abandonne. Guérison complète. Plus de douleurs.

¹ Th. Lamort, 1893. — Saenger, *Centr. für Gynæk.*, 1891.

² Fraipont, in *Rev. Mal. des Femmes de Cheron*.

³ Lamort, *loc. cit.*, p. 92.

En 1889, elle a dû avoir probablement une fausse couche de quelques semaines, malgré ses dénégations formelles. Cautérisation intra-utérine avec teinture d'iode.

Guérison, matrice en état d'antéversion tout à fait normale. Plus de douleurs.

OBSERVATION VI (Kaltenbach-Olshausen³).

Hystéropexie directe, extra-péritonéale. Grossesse et accouchement normaux.

Femme opérée par Kaltenbach, pour une rétroversion fixe. Ventro-fixation par les sutures à la soie. Enceinte un an et demi après l'opération. Grossesse normale; l'utérus examiné près le terme, n'était plus lié par des adhérences à la paroi abdominale. Accouchement normal. Six semaines après, utérus en antéversion.

OBSERVATION VII, Vlacos (Turquie²).

Hystéropexie pour prolapsus. Procédé. Grossesse. Résultat (?).

OBSERVATION VIII et IX (Klotz³).

Klotz avait observé au moment de sa publication deux accouchements normaux, et une grossesse évoluant normalement après hystéropexie.

¹ *Zeit. f. Geb. u. Gynæk.*, 1890. B. 20, p. 330. — Th. Lamort, p. 94.

² Th. Baudoin, p. 146.

³ *Cent. f. Gyn.* 1884.

OBSERVATION X (Von Winiwarter II ¹).

Hystéropexie directe. Grossesse et accouchement normaux.

D. R. vingt-deux ans, deux enfants, deux fausses-couches. A la suite de la dernière hémorragie abondante. Utérus en rétroversion, gros, contenant des débris de membranes. De plus, kyste de l'ovaire droit (volume d'une grosse orange). Curetage. Guérison. Tentative de réduction de la matrice, impossible à cause de tumeur ovarienne.

19 février 1889. Ovariectomie. Hystéropexie complémentaire.

Deux sutures à travers les muscles abdominaux et le péritoine pariétal d'un côté, puis à travers le fond de l'utérus, d'un angle à l'autre, l'une au devant, l'autre en arrière de l'insertion de la trompe. On la ramène au bord opposé de la plaie ventrale et on noue.

Guérison opératoire simple. — Sort en mars.

Août 1889. — Enceinte depuis deux mois. Utérus en antéversion normale, éprouve de petites douleurs dans le ventre de temps en temps. Accouchement à terme, le 5 mars, enfant bien vivant. Suites de couches normales.

Trois mois plus tard. Se porte bien, pas de douleurs. Involution normale de l'utérus, en position intermédiaire entre l'antéversion et la rétroversion, mais cependant avec plus de tendance à l'intéversion.

Fraipont ² ajoute de son article : La dernière qui ait accouché, pas aussi heureuse. Malgré toutes les précautions prises pour éviter le retour de la matrice à sa position défectueuse. Celle-ci s'est reproduite et avec elle les souffrances qu'accusait la malade avant l'opération, J'ai pu réduire cependant facilement l'utérus et le maintenir réduit par un pessaire Hodge. Soulagement notable,

¹ Th. Lamort, p. 89. — Fraipont, *Ann. méd. chir.*, Liège, 1891.

² Voir th. Lamort, p. 85.

OBSERVATION XI (Von Winiwarter III ¹).

Hystéropexie. — Grossesse et accouchement prématuré suite de traumatisme. — Deuxième grossesse.

L... M., vingt-neuf ans, mariée, trois enfants. Une fausse couche de trois mois. Souffre depuis. Utérus augmenté de volume en rétroversion très prononcée, mobile pourtant.

Dans cul-de-sac de Douglas, ovaire gauche prolabé, augmenté de volume et douloureux. Ovaire droit légèrement prolabé dans cul-de-sac latéral droit. Cavité utérine allongée et élargie. Endométrite curetage. Réduction utérine. Un pessaire Hodge, ne put être supporté à cause de la douleur vive causée par la pression de l'arc postérieur sur l'ovaire gauche prolabé.

Hystéropexie. — 15 mai 1889. — Ablation de l'ovaire gauche, poly-kystique. Le fond de la matrice est amené dans la place abdominale et fixé par deux sutures transversales. Suites immédiates excellentes. Guérison complète.

Revue dans les mois suivants, le résultat se maintenait.

En octobre, arrêt des règles. La malade est enceinte. La grossesse suivit son cours normal et la matrice s'éleva peu à peu dans l'abdomen.

Cependant la patiente souffrait assez fréquemment de douleurs dans le bas ventre, qui s'accroissaient à ses périodes menstruelles, arrivée à sept mois et demi, à la suite de mauvais traitements infligés par le mari, le travail se déclara, la femme accoucha d'une petite fille vivante.

Le travail fut rapide. Légère hémorragie au moment de la délivrance. Suites de couches excellentes. Elle partit le sixième jour sur son désir formel.

Un an après l'opération, état général excellent. Souffrances

¹ Th. Lamort, p. 90. — Fraipont, *loc. cit.*

nulles. Utérus ayant subi son involution normale, et en antéverson modérée.

Revue plus tard par Fraipont, celui-ci écrit :

Matrice restée parfaitement en antéverson mais tout entière au-dessous du bord postérieur de la symphyse pubienne. Cette femme est de nouveau enceinte et ne souffre pas.

OBSERVATION XII (Gottschalk ¹).

Hystéropexie. — Deux avortements consécutifs. — Première grossesse normale après rupture opératoire des adhérences.

Vingt-huit ans.

Trois accouchements antérieurs. Tumeur ovarienne gauche intra-ligamenteuse, avec rétroflexion mobile de l'utérus.

Douleurs vives, marche impossible.

10 novembre 1889. — Ablation de la tumeur.

Fixation de l'utérus redressé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale par deux ligatures au fil de soie.

La malade fut ensuite débarrassée de toute douleur et put marcher sans fatigues.

Examinée de mois en mois en 1890.

Utérus en antéverson et en flexion, légèrement élevé. Bonne mobilité relative.

Octobre 1890. — Devient enceinte. Traces de menstruation jusqu'à la sixième semaine.

Au milieu de décembre, hémorragies extraordinaires. Avortement le 3 janvier 1891.

Le fond de l'utérus était si élevé que Gottschalk pouvait à peine l'atteindre avec le doigt (en dehors complètement du petit bassin).

¹ Th. Baudoin, p. 308. — *Centralblatt f. Gynæk.*, 21 février 1891. — Th. Lamort, p. 62 et 110.

Le corps avait augmenté de volume proportionnellement à la marche de la grossesse, se trouvait en position d'élévation maxima, mais en antéverson, adhérente en avant et en haut à la paroi abdominale.

L'examen de la paroi utérine montre une différence frappante dans son épaisseur en avant et en arrière. Au niveau du col, lèvre antérieure assez épaisse, lèvre postérieure de l'épaisseur d'une feuille de papier. Paroi utérine postérieure mince, étirée, tandis que la paroi antérieure était tendue jusqu'au niveau de la suture et présentait une épaisseur normale et même au-dessus.

Gottschalk écrit à M. Lamort¹ :

« Dans mon cas, l'avortement s'est fait deux fois coup sur coup. Après ces deux avortements, je rompis sous le chloroforme les liens de fixation : la patiente conçut et porta sa grossesse à terme. »

OBSERVATION XIII (Chaput²).

Hystéropexie type. — Grossesse et accouchement normaux.

R..., trente et un ans. Premier accouchement à vingt ans, un deuxième à vingt-huit ans. Depuis juin 1890, métrorragies, douleurs. Rétroflexion.

Septembre 1890. — Laparotomie. Castration unilatérale.

Utérus volumineux, redressé, fixé à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic par trois sutures perdues. Guérison.

Septembre 1891. — Amélioration persiste. Envies assez fréquentes d'uriner pendant la marche.

Novembre 1892. — Accouchement à terme à la suite de grossesse normale. Mictions fréquentes.

¹ Lamort, *loc. cit.*, p. 110.

² *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1893. — Th. Lamort, p. 86.

OBSERVATION XIV (Routier¹).

*Hystéropexie directe. — Deux grossesses normales
consécutives.*

X., vingt et un ans. Deux accouchements, à seize ans et à vingt ans. Depuis celui-ci, douleurs, rétroflexion.

14 décembre 1889. — Laparatomie. Annexes saines. Le fond de l'utérus est fixé avec un simple fil de gros catgut. Guérison simple.

Depuis, deux grossesses normales.

Février 1893. — A la suite déchirure pendant le dernier accouchement, restauration périnée.

Depuis son dernier accouchement, douleurs pendant la marche. Léger degré de rétroversion.

OBSERVATIONS XV et XVI (Léopold²).

Sur sept femmes hystéropexiées avec conservation des annexes par Léopold, Sperling rapporte qu'il y a eu deux grossesses avec accouchement normal, une troisième est survenue depuis.

OBSERVATION XVII (Léopold).

X..., quarante ans.

Paramétrium gauche un peu dur, sensible. Rétroflexion traitée sans succès.

Hystéropexie le 6 février 1890 (procédé Léopold). Après libération des adhérences, le fond de l'organe est fixé dans l'angle inférieur de la plaie au moyen de deux fortes sutures abdomino-utérines. Guérison.

¹ Th. Baudoin, p. 395. — Th. Lamort, pp. 84 et 104.

² *Deutsch. med. Wochens.*, 1891, 5.

Devient enceinte quatre mois après. Grossesse normale. Accouchement prématuré de deux à trois semaines. Paroi abdominale fortement tendue. Pendant la contraction, on voit la cicatrice opératoire se déprimer. On sent deux cordons courts et solides qui se dirigent vers l'utérus. Tête en O. I. G. A. profondément engagée. Enfant vivant. Suites de couches normales.

Huit jours après, utérus en antéversion, réuni par un cordon solide et non douloureux à la paroi abdominale antérieure.

OBSERVATIONS XVIII à XXV (Jacobs).

*A observé sept grossesses consécutives à l'hystéropexie
dont la marche fut heureuse.*

Voici la première :

V..., vingt-six ans. Rétroflexion adhérente et douloureuse. Hystéropexie le 27 mai 1890.

Enceinte en août 1890. Grossesse, accouchement normal en mars 1891. Suites de couches physiologiques.

Examen ultérieur. Matrice petite, en antéversion, adhérente par son fond à la paroi abdominale. Il n'avait été employé qu'une seule suture au crin de Florence.

OBSERVATION XXVI

Slavianski a rapporté au IV^e Congrès en l'honneur de Pirogoff, un cas de grossesse suivie d'accouchement normal chez une malade qu'il hystéropexia.

OBSERVATION XXVII (Fraipont¹).

*Rétroversion. — Utérus gravide. — Avortement provoqué.
— Hystéropexie. — Grossesse et accouchement nor-
maux.*

Femme chétive, trois enfants. Depuis le dernier, douleurs, etc.

¹ Th. Lamort, p. 81. — Fraipont, *loc. cit.*

Rétroversion très prononcée. Réduction, pessaire en décembre 1889.

Juillet 1890. — État général péritonitique, 40 degrés. Forte douleur dans le bas ventre, subite, au toucher, col utérin derrière la symphyse pubienne, entr'ouvert. Cul-de-sac postérieur induré. Diagnostic de pelvi-péritonite. Amélioration.

Fin août. — Développement notable, abdomen. Vulve boursouflée. Sous anesthésie, on reconnaît une grossesse dans un utérus rétroversé et absolument immobilisable avec coexistence, tumeur abdominale kystique. On provoque l'avortement.

Fin septembre 1890. — Laparotomie. Kyste ovarique gauche. On détache les adhérences fixant le fond du cul-de-sac de Douglas. Il est amené à l'angle inférieur, plaie abdominale où il est fixé au moyen d'une seule suture transversale en soie phéniquée, qui est passée à travers la paroi abdominale et liée solidement. Guérison.

Matrice en antéversion normale.

Devenue enceinte en 1891. Grossesse aussi heureuse que possible. Suites de couches normales.

Revue depuis, le résultat se maintient bien.

OBSERVATION XXVIII (Frommel¹, inédite).

(Traduite par notre collègue Hussenstein.)

Hystéropexie. — Grossesse et accouchement à terme.

B. R..., vingt-cinq ans. Réglée régulièrement. Deux accouchements dont le premier en janvier 1889 avec deux jumeaux et le deuxième en décembre 1889.

Entre le 30 octobre 1890. Violentes douleurs lombaires irradiées. Utérus en rétroversion fixée. Annexes normales à droite ; à gauche comprises dans une masse de la grosseur d'un œuf de poule, douloureuse à la pression. Traitement pendant quatre semaines par le massage sans résultats. Même succès dans une tentative de réduction sous le chloroforme.

¹ Zeit. f. G. u. Gyn., 27, 2.

Opération le 29 novembre 1890. — Adhérence des anses intestinales aux organes pelviens sont détachées. L'utérus et les annexes étaient entièrement entourés de fausses membranes. L'utérus fut mobilisé, puis les annexes libérées de leurs adhérences. La masse perçue à gauche comprenait l'ovaire et la trompe. Dans l'ovaire, se trouvait un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon qui creva pendant la rupture des adhérences et vida son contenu qui ressemblait à un caillot sanguin. Les annexes furent laissées et l'utérus fixé à la paroi abdominale par deux sutures, l'une comprenant le fond et l'autre les ligaments ronds. Fermeture de la plaie abdominale par sutures séparées. Guérison.

Un an après, se trouvait enceinte de sept mois. Utérus fortement fixé à la paroi abdominale. De chaque côté on sentait deux cordons de la grosseur d'un crayon, descendant jusqu'à la région inguinale et que l'on suppose être les deux ligaments qui avaient été fixés. Cicatrice élargie. Fœtus en présentation du sommet, tête mobile. Travail le 30 avril 1891, dura deux heures, version.

Légère hémorragie jusqu'à l'expulsion du placenta. Involution normale de l'utérus, dix jours après, on ne sent plus l'utérus au-dessus de la symphyse, on sent très bien un cordon ligamenteux de la largeur de deux travers de doigt, allant du fond de l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

OBSERVATION XXIX (Pinard¹)

Hystéropexie. — Grossesse normale.

Opération par Terrier. Devient enceinte six mois après. Grossesse, évolua jusqu'à terme sans accidents, mais il n'y eut aucune accommodation pelvienne. L'utérus ne descendit à aucun moment dans l'excavation. Pendant le travail, deux particularités : 1° La tête ne s'engagea dans l'excavation qu'après dilatation complète. 2° Au moment de chaque contraction on voyait la paroi abdominale se froncer au niveau de la cicatrice. Suites de couches physio-

¹ Th. Lamort, p. 58.

logiques. Les adhérences n'ont pas été rompues pendant le travail et ont subsisté.

OBSERVATION XXX (Bar ¹)

Vingt-quatre ans. Rétroflexion. Hystéropexie par G. Marchand. Grossesse. Douleurs suivant le trajet de la cicatrice. Utérus bien fixé au niveau de la suture. Accouchement normale. Délivrance spontanée. Légère hémorragie arrêtée par des injections vaginales chaudes et ergotine. Involution utérine et suites de couches normales.

OBSERVATION XXXI (Laroyenne ²)

Hystéropexie. — *Grossesse et avortement consécutif à un effort*

S... M., vingt-sept ans.

Dysménorrhée, troubles nerveux. Il y a un an et demi, fausse couche de trois mois. Depuis, métrorragies, souffre beaucoup, travail devenu impossible, marche très difficile.

Diagnostic. — Utérus en rétroversion fixé par les adhérences au niveau des annexes gauches.

25 mars. — Opération par Goullioud. Adhérences fixant l'ovaire et la trompe en arrière aisément détachées. Ablation de l'ovaire et trompe, à gauche. Annexes droites saines. L'utérus est ramené facilement contre la paroi abdominale antérieure. Hystéropexie par procédé de Laroyenne par deux aiguilles.

Vivement au bistouri de la face antérieure de l'utérus sur une étendue de 3 centimètres carrés. Fixation par deux fils de catgut qui comprennent toute l'épaisseur des lèvres de la plaie y compris même la peau.

21 avril. — Utérus parfaitement fixé contre la paroi abdominale, Col très haut.

19 janvier 1892. — Ne souffre toujours pas.

¹ *Ibid.*, p. 59.

² Th. Bouffandeau, Lyon, 1893.

Ayant repris les rapports sexuels, a dû les suspendre, parce qu'ils occasionnaient des douleurs pendant et après, avec nausées.

15 mars. — N'a pas eu ses règles depuis le 4 février. Quelques malaises nerveux. Utérus toujours plaqué contre l'abdomen, un peu à droite.

Fin mars. — A la suite d'un effort, fausse couche de deux mois et demi.

24 avril. — Va aussi bien que possible, travaille toute la journée marche pendant deux ou trois heures. Utérus en bonne position.

5 octobre 1893. — Devenue enceinte, a accouché à terme le 20 août dernier, c'est-à-dire environ un an après son opération. Accouchement spontané, prompt, les fortes douleurs au dire du mari ayant duré deux heures. Enfant bien portant.

Utérus ayant subi son involution comme normalement, situation telle qu'après l'opération; fond fixé à la paroi abdominale au niveau de la ligne de suture qui ne s'est aucunement laissé distendre. Etat local parfait.

OBSERVATION XXXII (Laroyenne II¹).

Hystéropexie. Grossesse et accouchement normaux.

A. L., trente-quatre ans, entrée le 8 août 1892.

Légère dysménorrhée au début. Mariée à vingt-quatre ans. Deux enfants. Quatre grossesses dont une fausse couche. Dernier accouchement à terme, il y a sept mois et demi. Souffre depuis trois mois.

Examen : Rétroversion avec un certain degré de rétroflexion. Utérus peu mobile. A pu être réduit, mais aucun pessaire n'a pu être gardé.

10 août. — Hystéropexie par procédé Laroyenne.

Annexes saines. Opération simple.

4 octobre. — Malade sort.

Résultat opératoire excellent. Cicatrice abdominale petite et solide. Utérus parfaitement maintenu contre la paroi.

¹ In th. Bouffandeau.

OBSERVATION XXXIII, (Laroyenne III). (Personnelle).

V. P., mariée à vingt ans.

Deux enfants, une fausse couche d'un mois et demi, il y a huit mois, à la suite de laquelle elle eut une pelvi-péritonite. Entrée dans le service en décembre 1892. Traitée par le repos et les topiques. Amélioration.

En juin 1893, se plaignant de vives douleurs lombaires, la marche rendue très pénible.

Examen. — Rétroflexion. Un peu d'empatement dans le cul-de-sac latéral gauche.

Hystéropexie le 9 juin. Laparotomie. Déchirures d'adhérences entourant l'ovaire et la trompe à gauche. L'utérus amené au niveau de la plaie, est fixé à la paroi par deux fils de catgut; suites simples.

23 juin. — Guérison. Malade ne souffre pas pendant la marche. Culs de-sac latéraux souples, annexes soulevés, non douloureux à la pression.

16 novembre. — Les résultats se maintiennent.

14 février 1894. — Revient dans le service. Dernières règles depuis le 15 janvier.

Le 12 février au soir, a été prise subitement de maux de reins et coliques dans le bas ventre, bientôt suivies d'hémorragies très abondantes qui n'ont pas cessé depuis.

A l'examen, on sent, sous anesthésie, dans l'orifice cervical externe des débris placentaires qui saignent et sont enlevés à la curette par M. Condamin.

23 février. — Sort guérie. Utérus parfaitement fixé à la paroi.

OBSERVATION XXXIV (Sinclair ¹).

Rétroflexion. Hystéropexie. Trois grossesses normales.

L. Y... Comme antécédents puerpéraux, quelques troubles à la

¹ *Manchester Chronicle*, Ap. 1894.

suite d'une fausse couche. Au moment de son entrée, oct. 1891, souffrait d'une rétroflexion avec adhérences. Les ovaires ne paraissent pas y être engagés. L'emploi de tampons et de douches, suivant la méthode Schultze, ne réussit pas à rectifier la position de l'utérus. Ventro-fixation le 15 octobre 1891.

On trouve l'utérus complètement adhérent au fond du cul-de-sac de Douglas et les ligaments larges repliés en arrière, mais sans que les ovaires aient été attirés en bas. Adhérences facilement rompues et l'utérus est amené dans la plaie abdominale. Légère hémorragie au niveau des adhérences. Ventro-fixation complétée par huit points de suture au catgut, au fil de soie fort, et à la soie fine. Guérison rapide.

Au commencement de l'été 1892, six mois après l'opération, la malade vient me consulter.

Je la trouvai enceinte de quatre à cinq mois, et aussi loin que je pus prolonger mon examen, la matrice me parut en situation normale. A part une sensation de tiraillements au niveau de la cicatrice, elle ne se plaignait de rien. On lui conseilla d'entrer à la maternité pour être observée avec beaucoup de soin.

Le travail se déclara et se termina rapidement. Tout se passa, d'après ce qui m'a été décrit, d'une façon absolument normale. Car, c'est seulement le lendemain de son accouchement que j'appris qu'elle était entrée. Les suites de couches, soigneusement observées, n'ont présenté rien d'anormal.

L'involution de l'utérus s'est parfaitement accomplie et la malade est partie avec son enfant vivant, se portant aussi bien que possible, si ce n'est un peu de cystite.

Revue le 6 mars 1894, sort deux ans et cinq mois après l'opération.

J'appris alors qu'elle avait eu, au mois d'août dernier, une fausse couche de trois mois, alors qu'elle était très malade de l'influenza. Il n'y a pas d'autre cause à quoi elle puisse l'attribuer.

Elle est encore maintenant enceinte de quatre mois. Elle porte une ceinture abdominale et se trouve très satisfaite.

Le fond de l'utérus est dans la situation normale qu'il doit occuper au quatrième mois.

La malade éprouve une certaine gêne causée par un tiraillement au niveau de la cicatrice, elle éprouve encore quelques légères suites des malaises de la grossesse. Elle a aussi un peu de cystite. Bon état général.

OBSERVATION XXXV (Sinclair II)

Hystéropexie. — Grossesse en cours.

H. M..., trente et un ans. Douleurs constantes dans le dos, ne lui permettant pas de faire son ménage.

A son entrée, on constate une rétroflexion très accusée de l'utérus, qui est gros et sensible. Elle ne peut être réduite de force sans anesthésie.

Ventro-fixation par procédé habituel, le 19 avril 1893. Guérison. La malade quitte l'hôpital.

Revue le 19-mars 1894, onze mois après l'opération.

Elle était alors enceinte de sept mois et demi. Depuis l'opération, s'est toujours bien portée et vaquait à ses occupations, sans fatigue. Elle porte une bonne et forte ceinture. Au début de sa grossesse, elle a beaucoup souffert de malaises. Mais ceux-ci ont cessé à la fin du quatrième mois. Actuellement, n'éprouve pas de gêne d'aucune sorte.

A la palpation, le fond de l'utérus est bien au-dessus de l'ombilic. Comme forme et comme position, il est normal.

La cicatrice s'est élargie, surtout à la partie inférieure et mesure 6 pouces (15 centimètres) d'une extrémité à l'autre.

La malade entre à la Maternité.

CHAPITRE VI

Critique des faits et des résultats.

Questions à résoudre. — La ventro-fixation existe-t-elle réellement dans les cas de grossesse rapportés? — La grossesse à terme est-elle possible sans modifications du côté des adhérences. — De l'influence de la grossesse sur les adhérences. — Des résultats tardifs de la ventro-fixation après la grossesse. — Discussion relative aux conditions de la ventro-fixation de l'utérus. — De la ventro-fixation sur le processus de la grossesse.

De l'ensemble des faits qui précèdent, on ne peut tirer logiquement qu'une seule déduction : la conception et la grossesse à terme sont possibles après l'hystéropexie.

Se fier uniquement aux seuls résultats constatés, pour élucider la question qui nous occupe serait absolument illusoire. Il s'agit de faits qui ne sont pas comparables, et

qui nécessitent, chacun pris isolément, une critique rigoureuse de toutes les conditions qui ont présidé à leur genèse, pour qu'il soit possible d'en tirer des conséquences valables.

Le problème que nous avons à résoudre est complexe. Ce qu'il nous importe d'élucider au point de vue des résultats, c'est la valeur thérapeutique de l'hystéropexie. Il ne suffit pas de savoir que la possibilité d'une grossesse ultérieure n'est pas une contre-indication à cette opération, il faut encore s'assurer que la grossesse ne fera pas perdre le bénéfice qui serait résulté de cette intervention. « De tous les déplacements que peut subir l'utérus non gravide, écrit Rivière¹, aucun n'est plus fréquent que la rétrodéviation, aucun ne donne lieu pour la femme à plus d'inconvénients ou d'accidents et ne sollicite davantage l'intervention du chirurgien. » Or, il y a deux conditions indispensables qu'une méthode doit réaliser, pour donner toute satisfaction :

- 1° Replacer l'utérus en bonne et favorable situation.
- 2° L'y maintenir d'une façon définitive.

La première question que nous avons à résoudre, au moyen des documents que nous possédons, est donc la suivante : Quelle est l'influence de la grossesse sur la fixation de l'utérus ?

D'autre part, beaucoup d'arguments qui ont été mis en avant contre l'hystéropexie ont été tirés des faits de grossesse observés, la deuxième question qu'il s'agit donc d'élucider est celle de l'influence de la ventro-fixation sur le processus de la grossesse et de l'accouchement.

¹ *Arch. tocolog.* 1892, p. 770.

Tels seront les deux points essentiels de notre étude, et pour pouvoir les établir, l'absolue nécessité s'impose d'arriver à fixer définitivement un certain nombre de faits indiscutables, grâce auxquels il deviendra alors possible de juger la valeur véritable de l'hystéropexie comme méthode thérapeutique.

I. La ventro-fixation existe-t-elle réellement
dans tous les cas de grossesse consécutive à l'hystéropexie ?
De la réalité des adhérences créées par l'hystéropexie.

Faits cliniques.

« L'influence de l'hystéropexie abdominale sur la grossesse n'est pas une question facile à préciser, écrit M. le professeur Crouzat¹. Les résultats dus aux faits eux-mêmes peuvent être trompeurs. Avant de citer un fait sérieux, il faudrait pouvoir affirmer que l'opération avait réussi, que le résultat s'était maintenu jusqu'au début de la grossesse. Autrement l'on s'expose à dire que l'hystéropexie n'a aucun inconvénient pour la grossesse, alors qu'en réalité l'utérus avait recouvré sa mobilité, etc. » Il y a donc lieu de supposer que, dans tous les cas rapportés plus haut, on aurait bien pu n'être pas absolument sûr de la réalité de la fixation utérine. Cette objection est possible et c'est celle qu'il s'agit de résoudre la première.

¹ Th. Lamort, p. 116.

En admettant que cette critique puisse être fondée dans quelques cas, il y en a un grand nombre cependant, où l'existence des adhérences résistantes, constatées *de visu* pendant l'accouchement, ne saurait être révoquée en doute. Il semble même difficile de concevoir que la fixation de l'utérus par l'hystéropexie puisse être illusoire. Ce fait paraît suffisamment démontré par les constatations cliniques. Dans les 257 observations de ventro-fixation les plus diverses rapportées par M. Baudoin¹, il y a 233 guérisons opératoires qui se sont maintenues au moins pendant trois mois. Et s'il a noté 24 insuccès, on peut dire, avec cet auteur, qu'ils sont la conséquence le plus souvent immédiate d'une fixation manquée, ou faite trop à la légère ou réellement insuffisante. Les exemples ne sont pas rares non plus, dans lesquels cette fixation peut être considérée comme définitive. L'opérée de Koeberlé fut revue dix ans après son opération et l'utérus maintenu en bonne position. Il s'agit, il est vrai, d'une hystéropexie indirecte, mais, c'était bien l'utérus qui avait fixé dans les faits suivants. On connaît un cas de Schræder où l'adhérence a persisté au moins pendant 7 ans, d'autres de Prochownick où cinq ans trois mois après l'opération, d'Hennig où quatre ans après, le résultat s'était parfaitement maintenu. Cette question de la durée et de la persistance des adhérences est entièrement liée à celle de leur solidité, qui trouvera lieu d'être discutée à propos de l'influence qu'exerce la grossesse sur la fixation de l'utérus. Vraisemblablement, on ne peut pas nier qu'au moment de la guérison opératoire, l'utérus ne soit pas

¹ Baudoin, *loc. cit.* p. 235.

maintenu accolé à la paroi abdominale par des adhérences suffisamment solides.

Frommel a récemment publié¹ une relation d'autopsie où il a pu s'assurer anatomiquement de la réalité de cette fixation et du temps relativement très court qui suffit pour que de solides adhérences puissent s'organiser.

Fait anatomique. — A l'autopsie d'une femme qui avait subi l'hystéropexie par le procédé de Léopold, et qui mourut dix jours après d'une embolie pulmonaire, il trouva entre l'utérus et la paroi, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs environ, une adhérence tellement intime qu'il lui fallut une grande force pour la détruire.

II. La grossesse à terme est-elle possible, si aucune modification ne se produit dans l'état de fixation de l'utérus ?

Une autre objection s'élève maintenant. La grossesse survenant chez une hystéropexiée, on verra se produire l'une des deux alternatives suivantes : soit un avortement ou un accouchement prématuré ; soit un accouchement à terme. Or, dans le premier cas, il y a lieu d'incriminer la ventro-fixation, comme cause de divers troubles qui amènent des tiraillements douloureux, des hémorragies, et enfin l'avortement.

D'autre part, dans les autres cas où la grossesse est allée jusqu'à terme, il a dû vraisemblablement se passer

¹ *Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk.*, 27, 2.

du côté des adhérences des phénomènes qui ont permis à l'utérus de se mobiliser. Cette opinion n'est pas seulement une vue d'imagination. « La preuve en est, dit Rivière, dans l'observation d'Olshausen, où l'on voit l'utérus au voisinage du terme, n'être plus lié à la paroi abdominale par des adhérences ; dans celle de Saenger, où une première grossesse est arrêtée prématurément au sixième mois, alors que la grossesse suivante peut arriver à terme, et aussi dans celle de Von Winiwarter, où les douleurs assez vives éprouvées pendant la première grossesse au niveau des cicatrices ne furent plus senties dans la grossesse suivante. » Et on arrive ainsi à enfermer toute la question dans le dilemme suivant : Ou les adhérences ne résistent pas à la grossesse et alors elle est susceptible d'aller jusqu'à terme ; où, elles persistent, et l'avortement est à craindre.

Rechercher l'erreur de logique dans un semblable raisonnement serait facile, rien n'étant moins prouvé que les deux termes de la proposition.

Sans vouloir absolument nier que les faits connus aient montré que dans certains cas la ventro-fixation n'ait été la cause d'avortement, ni que dans un certain nombre d'autres, la grossesse n'ait pas d'influence sur la statique des adhérences, nous devons simplement ajouter que de nouveaux faits, dont la genèse a été accomplie dans des conditions toutes différentes — ont montré, par une constatation véritablement décisive, que la grossesse peut évoluer jusqu'à terme et les adhérences subsister efficacement, sans qu'aucun phénomène inaccoutumé ait produit une action spéciale sur le travail et les suites de couches.

Un seul fait de ce genre serait-il connu qu'il suffirait d'établir, aussi complètement que possible, que toutes les conditions qui ont présidé à sa réalisation, ne sont pas le fait de circonstances exceptionnelles. Or, en ce qui concerne la question de la grossesse après l'hystéropexie, nous avons rapporté plus haut plusieurs faits de ce genre. Ceux-ci nous autorisent donc à discuter ceux qui ont montré des résultats différents et à rechercher les raisons auxquelles il nous sera possible de les attribuer, en ne nous basant toutefois que sur les renseignements qui sont absolument exacts et suffisamment complets.

III. De l'influence de la grossesse sur la statique des adhérences utéro-pariétales.

1° *Peut-elle rompre les adhérences ?* — Dans l'étude de l'influence de la grossesse sur la mobilisation possible des adhérences, il y a des distinctions à établir. En premier lieu, il s'agit de rechercher si la grossesse peut produire une rupture complète des adhérences, telle qu'il ne subsiste plus aucune connexion entre l'utérus et la paroi, comme cela s'est produit, par exemple, dans le cas suivant cité par M. le professeur Fochier ¹ :

Prolapsus total avec ulcérations profondes de toute la surface

¹ Th. Lamort, p. 108.

prolabée. Chez une femme de trente-cinq ans, guérison des ulcérations, puis hystéropexie et périnéorrhaphie. Pendant la suture de l'utérus, on a les plus grandes peines à reporter le fond de l'utérus au niveau de l'incision pariétale, et la suture une fois faite (trois gros fils de soie), la paroi se déprime en un profond ombilic, entraînée par l'utérus lui-même, qui paraît attiré par les cicatrices vaginales consécutives aux ulcérations.

Deux mois après, prolapsus presque aussi complet qu'avant. Hystérectomie vaginale. Guérison. On voyait très bien sur le fond de l'utérus la trace de l'adhérence traumatique qu'avait créée l'hystéropexie. Cette adhérence avait une force et une étendue suffisantes, les fils de soie s'étaient résorbés, l'un d'eux paraissait avoir coupé le tissu utérin.

On peut rapprocher cette observation d'hystéropexie, faite d'ailleurs pour un prolapsus et dont l'échec tient surtout aux conditions particulières de la fixation, d'autres cas, que M. Baudoin a rapportés comme exemple de « déclenchement traumatique de l'utérus » : ce qui s'est produit chez une opérée de Picqué, qui se leva au sixième jour après son opération, et chez laquelle l'utérus, dans ces conditions, retomba en rétroflexion. Un fait du même genre s'est produit dans une observation de Coé, où l'utérus, qui était bien fixé trois mois avant l'opération, se détacha au bout d'un an et retomba en rétroversion. Ajoutons que, dans ce dernier cas, la zone d'adhérences était bien peu solide et la fixation avait dû être peu soignée.

Ces faits étant considérés, nous devons rechercher si la grossesse peut agir de même sur les adhérences et agir sur elle, en produisant une véritable rupture traumatique. Il n'y a guère qu'au moment du travail qu'on pourrait supposer la réalisation de ce phénomène, par suite des efforts de contraction de l'utérus. Or, dans tous les cas

qu'on connaît, les adhérences ont résisté d'une manière manifeste; la paroi abdominale était seulement très tendue au niveau de la cicatrice.

2^o *La grossesse mobilise-t-elle les adhérences.* — On sait que, pendant la grossesse, il se produit un ramollissement normal des tissus utérin et vaginal, en même temps que la distension des ligaments. « Dans des dissections minutieuses faites sur des puerpérales, M. Demelin¹ a pu s'assurer que, sous l'influence de la grossesse, le tissu conjonctif interposé entre l'utérus et la vessie était considérablement ramolli et relâché, tellement que cette adhérence n'existe pour ainsi dire plus. » (Rivière.) Une action semblable s'exerce parfois aussi sur les brides et les cicatrices de la périmérite. M. Goullioud a signalé au dernier Congrès de chirurgie les heureux effets, que pouvait avoir sur les fausses membranes, restes de la guérison d'annexites anciennes, une grossesse ultérieure. Il est vrai que M. le P^r Fochier s'est montré moins affirmatif.

Peut-on admettre que de semblables modifications se produisent du côté des adhérences créées artificiellement par l'hystéropexie, comme l'admet M. Rivière? La question qui se pose est donc la suivante : Les adhérences persistent-elles dans leur état primitif pendant la grossesse?

Cette question est connexe de la solidité de moyens de fixation qu'on a cherché à réaliser par l'hystéropexie et aussi de l'état d'intégrité dans lequel se trouvaient les liens connectifs entre l'utérus et la paroi, au début de la grossesse. Il est bon d'ajouter ici qu'un certain nombre

¹ Th. de Paris, 1892.

d'auteurs s'étaient demandé si c'était bien utile de vouloir obtenir des adhérences solides et permanentes, et, notons ici, que le reproche que Léopold a adressé au procédé à sutures perdues de Czerny, est de créer des adhérences trop intimes. Cette question va être suffisamment jugée par les faits.

Dans le cas rapporté par Olshausen, l'utérus au voisinage du terme n'était plus lié à la paroi abdominale par des adhérences. On ne doit pas nécessairement en déduire que ces dernières n'existaient plus, car six mois après, l'utérus était en antéversion. Comme il s'agit, d'autre part, d'une opérée de Kaltenbach, c'est-à-dire d'un cas d'hystéropexie extra-péritonéale, c'est-à-dire d'un procédé de fixation par le simple accollement des deux feuillets du péritoine, on peut admettre que les lames connectives intra-péritonéales créées aient pu subir, par suite de l'action continue et progressive de la grossesse, une sorte de relâchement.

Dans l'observation I de Saenger, la première grossesse, survenue quinze mois après l'opération, se termine au sixième mois par un accouchement prématuré. Six semaines après, l'utérus était encore en antéversion. Un an plus tard, deuxième grossesse qui évolue normalement.

Saenger constate alors que l'utérus ne présente rien d'anormal dans ses dimensions, sa forme, sa mobilité.

Dans son second cas, on a une grossesse à terme suivie d'un accouchement normal. Un an après, l'utérus était en antéversion et complètement mobile bien que les adhérences à la paroi existent encore.

Les deux observations précédentes se rapportent à des hystéropexies semi-directes, le même fait a aussi été

signalé dans plusieurs observations de fixation directe du corps utérin.

Dans l'observation II de Winiwarter, l'opérée devenue enceinte quatre mois après l'observation accoucha à terme. L'utérus, après son involution, se trouvait dans une position intermédiaire entre l'antéversion et la rétroversion. Revue plus tard, l'utérus était de nouveau dans sa position défectueuse.

Le même phénomène s'est produit chez son autre opérée (obs. III). Un an environ après l'opération, soit quelque temps après son accouchement, l'utérus était en antéversion modérée. Revue plusieurs mois plus tard, l'utérus était encore en antéversion, mais tout entier au-dessous du bord postérieur de la symphyse pubienne. La femme qui constitue l'observation II de Routier, et qui a eu deux grossesses depuis son opération, présentait depuis son dernier accouchement, un léger degré de rétroversion. Enfin Jacobs qui a observé sept grossesses consécutives à l'hystéropexie écrit : « Leur marche fut heureuse, la statique utérine post-accouchement est bonne. » Puis, « voici ce que j'ai observé maintes fois et entre autres, après la grossesse : l'utérus reste rattaché à la paroi abdominale, mais, petit à petit, entre ces deux surfaces il se forme un pédicule qui s'allonge, jusqu'à atteindre 5 à 6 centimètres et plus. »

Saenger avait déjà exprimé la même idée, mais à simple titre d'explication pour les différents phénomènes présentés par la grossesse chez les hystéropexiées. Il admettait que : 1° L'utérus après sa suture à la paroi abdominale s'en éloigne immédiatement et plus tard de plus en plus jusqu'à pouvoir rentrer complètement dans le petit

bassin ; 2° Avant que la grossesse se produise, les adhérences qui fixaient l'utérus sont déjà plus ou moins transformées en simples cordons.

Ceci nous induit à croire que la grossesse n'est pas le seul facteur qu'il y ait à considérer dans ce phénomène de l'étirement des liens connectifs entre l'utérus et la paroi abdominale. A côté des faits précédents, il y en a d'autres où l'utérus est resté intimement soudé à la paroi abdominale.

Quatre observations sont très concluantes à ce sujet. Ce sont les trois de Laroyenne et celle de Sinclair. Il y en a peut-être d'autres, mais les renseignements précis manquent à ce sujet.

L'observation II de MM. Laroyenne et Goullioud est nettement affirmative :

Malade opérée en août 1892, accouchée à la fin d'août 1893. Examinée le 5 octobre : Utérus dans la situation qu'il occupait après l'opération ; le fond est fixé à la paroi abdominale au niveau de la ligne de suture. Cinq mois plus tard, utérus toujours solidement fixé.

Même résultat chez la malade de l'observation III, où après quatorze mois, et une fausse couche ayant nécessité un curetage l'utérus s'est maintenu parfaitement fixé à la paroi : depuis à différentes reprises, l'état local ne s'est pas modifié.

L'observation de Sinclair montre une femme à laquelle il fait une ventro-fixation solide au moyen d'un très grand nombre de sutures ; six mois après, elle était enceinte de quatre à cinq mois. Grossesse et accouchement normaux. Revue deux ans et cinq mois après l'opération, elle avait eu sept mois auparavant une fausse couche qui fut provo-

quée par une maladie fébrile (influenza) et elle était encore enceinte de quatre mois. Les adhérences n'avaient nullement cédé.

Entre ces deux catégories extrêmes de résultats relatifs à la persistance et l'extensibilité ou l'intégrité relative des attaches fixatrices, on peut trouver dans les autres observations tous les intermédiaires.

Dans l'observation de Léopold — pendant l'accouchement, on sentait deux cordons courts et solides qui se dirigent vers l'utérus. Huit jours après, on constatait l'utérus, en antéversion réuni par un cordon solide et non douloureux à la paroi abdominale antérieure. L'influence de la grossesse dans ce cas paraît évidente. Au cours de son évolution, la cicatrice qui crée l'adhérence, s'est laissé distendre ; et, après son évolution normale, l'utérus se trouve maintenu par une sorte de court ligament. Sans doute, dans ce cas, la guérison de la rétrodéviation est encore maintenue, mais il est facile de croire que ce pédicule puisse être susceptible de s'allonger désormais, sous l'action de diverses influences, une seconde grossesse par exemple.

IV. Des résultats tardifs de la ventro-fixation de l'utérus après la grossesse.

Le problème se complique alors. Les résultats tardifs de l'hystéropexie méritent d'être pris en sérieuse considé-

¹ Th. Tarnier, p. 111.

ration. « On comprend aisément, dit Jacobs, les dangers de ces pédicules intra-abdominaux.

A notre Société de gynécologie, on a rapporté un cas d'ileus mortel trois ans après l'opération. J'en ai observé un autre cas 7 mois après l'opération (pédicules de 6 centimètres. »

Ces faits, même isolés, aggraveraient singulièrement le pronostic de l'hystéropexie et restreindraient d'autant ses indications, si cette crainte venait à l'esprit du chirurgien chaque fois qu'il y aurait lieu de songer à cette intervention comme méthode thérapeutique. Il est vrai que « ce pédicule se forme d'autant plus rapidement que la malade est plus âgée, les tissus plus lâches ou plus graisseux ».

C'est aussi avec raison que Jacobs ajoute ici : « Comme dans toutes les opérations plastiques, il faut se baser surtout sur l'état général des malades, l'état local de tous les tissus pelviens et l'âge. Passé un certain âge (40 à 50 ans), l'hystéropexie donne des résultats tardifs discutables (c'est-à-dire 2, 3, 4 ans après). Cette considération et la suivante : « Ce pédicule est très résistant et d'autant plus qu'on multiplie les sutures perdues de soutien » sont surtout à envisager au point de vue de l'hystéropexie dans le prolapsus. « Dans les cas de prolapsus, comme Terrier y a insisté dans la *Revue de chirurgie*, il faut en effet soutenir l'utérus en l'air, grâce à de nombreux points de suture fixateurs. C'est là une des conditions du succès, tandis que dans les cas de rétrodéviation, il suffit de ramener l'utérus en avant, après sa libération, si elle a été nécessaire, et de le suturer à la paroi abdominale pour le maintenir dans cette nouvelle

position. Comme il n'y a là que des forces peu considérables qui entrent en jeu pour faire réapparaître la rétrodéviatiou, il est donc, la plupart du temps, inutile de soulever fortement l'utérus, de placer un grand nombre de sutures. Un ou deux points suffiront donc ordinairement. Les résultats qui sont exposés plus haut montrent les graves mécomptes auxquels exposent de semblables considérations.

V. Discussion relative aux conditions de la ventro-fixation de l'utérus.

1° Causes du relâchement des adhérences. — La nécessité d'une ventro-fixation dont la solidité puisse persister intégralement, même après la grossesse, est donc la condition indispensable qu'il faut s'efforcer d'obtenir. Et cette condition est d'autant plus impérieuse qu'on se propose de pratiquer l'hystéropexie chez une femme jeune dont la fécondité sera conservée et qui se trouvera en pleine période d'activité génitale. Il s'agit donc de rechercher, dès maintenant, au moyen des faits que nous pouvons analyser et discuter et nous ne saurions mieux choisir, à cet effet, que de prendre les observations de grossesse, quels sont les différents facteurs qui ont le plus contribué à faciliter cette élongation de la cicatrice adhérentielle maintenant l'utérus fixé à la paroi.

La véritable cause, en effet, est la traction continue exercée sur les liens de fixateurs, soit par l'utérus lui-même, soit par les différentes forces qui s'exercent sur lui. Il y a trois raisons qu'on peut invoquer dans chaque

cas, comme ayant une action en rapport direct avec la résistance des liens de fixation : 1° l'étendue des adhérences ; 2° le lieu de fixation, c'est-à-dire, la portion de la paroi abdominale choisie à cet effet, et, en outre, la partie de la surface extérieure de l'organe qui a été fixée ; 3° le mode de fixation et les précautions prises pour le réaliser.

La formation et l'étendue des adhérences sont évidemment sous la dépendance directe et immédiate du nombre de points de suture et de l'étendue du péritoine comprise entre chaque suture. De plus, leur solidité et leur résistance, au point de vue des résultats, est relative aux efforts qu'elles ont eus à supporter, et aussi, à la valeur propre, comme force, qu'elles pouvaient avoir du fait des moyens de fixation employés.

Les différentes observations dans lesquelles on a pu constater des modifications dans la statique de la ventrofixation montrent qu'on ne s'est guère préoccupé des considérations précédentes en la pratiquant. Dans beaucoup de cas, et c'est celui de la plupart des hystéropexies directes où les adhérences se sont relâchées, la fixation n'avait été réalisée qu'au moyen d'un ou deux fils.

Dans les observations II et III de Winiwarter, celles de Gottschalk, de Léopold, il n'y a eu que deux sutures transversales. Un seul fil fixateur fut employé dans l'observation II de Routier et celle de Fraipont. Il faut en outre ajouter que, dans tous ces cas, c'est le fond de l'utérus qui a été fixé. Or, cette simple particularité, à laquelle on n'a pas attaché jusqu'à maintenant une bien grande importance dans la technique de l'hystéropexie, est, comme nous le montrerons plus loin, d'une importance capitale, au point de vue des résultats.

L'étendue des adhérences dans les deux cas de Saenger était plus considérable. Il s'agit d'hystéropexies semi-directes, dans lesquelles l'utérus est fixé par la suture ces ligaments larges près leur origine, y compris parfois des ligaments ronds, les cornes utérines, avec la paroi utérine. Dans les observations considérées ici, la fixation avait été faite au moyen de trois sutures de chaque côté ; ces adhérences, cependant, n'ont pas persisté.

Reste un dernier point : celui de la solidité propre des liens de fixation, ou plus explicitement, celui de la valeur propre, de la résistance de ces adhérences dont l'évaluation approximative devrait être en quelque sorte proportionnelle à la force expérimentale qui serait nécessaire pour amener leur rupture. S'il ne s'agissait pas de phénomènes biologiques, on pourrait en quelque sorte appliquer à la résistance de ces liens fibreux, ce qu'en physique on appelle « coefficient d'élasticité ».

2° *Conditions de la formation des adhérences.* — En ce qui concerne la fixation de l'utérus, on ne saurait révoquer en doute que ce fait est le résultat du contact suffisamment prolongé et rendu assez intime, par une pression directement en rapport avec les moyens de suture employés, entre l'utérus et la paroi. Le lieu de soudure est donc essentiellement la portion des deux feuillets de la séreuse péritonéale où se sont créées des adhérences.

Quelle est leur nature, leur mode de production ? Cette question qui maintenant, étant donné la fréquence et l'importance des « pexies », devrait rentrer, en quelque sorte, dans le cadre de la thérapeutique chirurgicale générale, ne manquerait certes pas d'être très intéressante. Mais nous n'avons pas lieu de nous en occuper pour le moment.

Il nous suffit de savoir que, dans ces conditions, il se produit des adhérences.

Les cas d'hystéropexie extra-péritonéale dont le succès opératoire ne peut être nié ont à ce point de vue, toute la valeur d'une expérience.

La condition *sine qua non* de la fixation est donc la soudure des deux feuillets péritonéaux ou mieux, le fait d'adhérences néo-formées intra-péritonéales.

Une deuxième question se pose : Quelle est la résistance propre de ces adhérences purement intra-péritonéales ?

Vraisemblablement, cette condition dépend de leur étendue et de l'état de plus ou moins grande laxité, qui aura résulté de l'union plus ou moins intime qui aura assuré le contact des deux surfaces à réunir, mais, pour plus de précision, admettons que cette dernière condition ait été réalisée aussi suffisamment qu'on peut l'exiger. Il s'agirait maintenant de rechercher, indépendamment même des conditions de surface, la valeur propre du coefficient de rupture de ces adhérences.

Cette question n'est point si chimérique qu'on pourrait le croire. Les chirurgiens qui font des laparotomies nombreuses et tous ceux en particulier qui ont fait des hystéropexies, connaissent tous par les difficultés qu'ils ont eues à les vaincre, la ténacité inouïe des adhérences qui souvent existent entre différents organes abdominaux.

C'est le cas de celles qui maintiennent la fixité d'une rétrodéviation utérine, résistant à toutes les tentatives de réduction. C'est sur celles qui existent parfois entre les anses intestinales et l'utérus ou des tumeurs qu'on doit se baser, aucune influence ne pouvant avoir comme résultat de les ramollir ou atténuer leur rigidité.

Si, pour le moment, nous supposons qu'il en soit ainsi en ce qui concerne celles créées artificiellement par l'hystéropexie; si, d'autre part, nous négligeons de faire intervenir toute cause capable d'altérer leur cohésion (ce qu'on ne saurait admettre à la rigueur que pour la grossesse et ce qui est contestable), nous pouvons donc considérer la soudure péritonéale, qui est la cause première nécessaire de la fixation utérine, comme à peu près immuable.

Mais maintenant se pose immédiatement une autre question. Le fait d'adhérences absolument fixes, entre le feuillet péritonéal recouvrant l'utérus et le feuillet pariétal, est-il une condition suffisante pour assurer la fixation permanente de cet organe.

C'est là qu'interviennent alors un certain nombre d'autres considérations.

Cette condition dépendra évidemment de la résistance propre des adhérences connectives des différents plans qui existent, d'une part, entre le feuillet viscéral et l'organe à fixer, d'autre part, entre le feuillet pariétal et les différentes couches sous-jacentes qui constituent la paroi abdominale.

3° *Discussion relative aux conditions anatomiques du relâchement des adhérences.* — Supposons, pour fixer les idées qu'une force, constituant la résistance, soit appliquée au niveau du point superficiel le plus extrême de la paroi abdominale, et qu'une autre force agissant comme puissance, soit appliquée à l'autre extrémité de la zone adhésive, c'est-à-dire sur le corps de l'utérus. La valeur relative de ces deux forces est calculée de telle sorte, que la puissance soit moindre que la force appliquée au

point de résistance, mais suffisante pour pouvoir éprouver et surmonter la résistance propre du corps, dont on veut mesurer le coefficient d'élasticité.

Cette image mécanique appliquée au cas qui nous occupe fera mieux ressortir l'idée que nous avons actuellement en vue. Dans des conditions analogues à celles que nous venons de supposer, nous aurons à considérer au point de vue de la cohésion totale, la résistance partielle des différents segments dans l'ordre suivant : 1° Parenchyme utérin; 2° tunique externe séreuse; 3° adhérences intrapéritonéales; 4° péritoine péritonéal; 5° fascia sous-péritonéal; 6° plan musculo-aponévrotique; 7° peau.

Tissu utérin. — On sait qu'à l'état sain les parois utérines ont une épaisseur de 1 centimètre et demi environ. D'autre part, cette paroi est constituée en grande partie par une charpente épaisse, de muscles bien puissants. Les ruptures utérines ne peuvent se produire que dans des conditions exceptionnelles pendant le travail, dans des accouchements laborieux.

Quant aux perforations utérines, si elles ont quelquefois lieu, c'est aussi dans des conditions exceptionnelles, alors que les parois utérines ont été entièrement ramollies et transformées par des troubles trophiques qu'on rencontre très rarement.

Il n'y a donc pas à craindre les déchirures utérines. Pour que cette éventualité arrive à se produire, il faut des circonstances véritablement exceptionnelles. Et même, on ne conçoit qu'un fil puisse sectionner l'utérus, que s'il n'a compris dans son anse coupante qu'une portion très mince de la paroi, en étendue et en épaisseur. C'est le cas de Boldt qui, craignant de traverser la paroi utérine,

passait ses fils uniquement sous la tunique séreuse. Ce n'est pas étonnant que le plus souvent, ils aient déchiré ce mince feuillet au moindre effort de traction, et qu'il ait eu des échecs.

Par contre, ceci nous amène à faire la remarque suivante. Il n'est pas besoin de prendre, par un excès contraire au précédent, une trop grande épaisseur de tissu utérin ; on s'expose ainsi, comme M. Baudoin l'a déjà fait remarquer dans sa thèse ¹, et comme Jacobs a pu s'en rendre compte sur plusieurs de ses opérées, à ce que les fils puissent s'infecter au voisinage de la muqueuse, ou même des culs-de-sac glandulaires de la cavité du corps, dont l'asepsie ne saurait jamais être obtenue parfaitement. En dehors des autres inconvénients qui peuvent résulter de l'infection d'un de ces fils fixateurs, Jacobs a signalé, le fait de l'établissement d'une fistule utérine ; et, dans le service de M. Laroyenne nous en avons vu une semblable, de la grosseur d'une plume d'oiseau, au niveau de la partie supérieure de la plaie. La malade nous raconta que, au moment de ses règles, un écoulement de sang permanent avait lieu par ce petit orifice.

La tunique externe de la paroi utérine est constituée par le péritoine viscéral qui recouvre tout le corps de l'utérus et la portion supra-vaginale du col. Or, sur toute la plus grande partie du corps, c'est-à-dire, dans toute la portion qui est au-dessus du segment attenant au col et sur une étendue d'environ le tiers de la hauteur des parois, le feuillet séreux, adhère intimement au tissu utérin. Il est absolument indécollable, et cet état ne se modifie nul-

¹ Note 2, p. 60.

lement pendant la grossesse. L'union intime du tissu utérin avec le péritoine qui le recouvre et l'adhérence des deux feuillets péritonéaux, dans les conditions où nous l'avons admise plus haut, ne sauraient donc constituer un point de moindre résistance dans la résistance totale de tous les tissus contribuant à la ventro-fixation.

Et, nous sommes ainsi amené à montrer l'inutilité de la manœuvre qu'un certain nombre de chirurgiens croyaient nécessaire pour assurer la réalisation des adhérences; celle du grattage de la tunique externe de l'utérus, comme l'a préconisé Léopold : « Cette manœuvre, dit M. Baudoin¹, nous paraît comme à Terrier, Gottschalk Dembowski², Praeger parfaitement inutile » et même superflue. Il en est de même de l'avivement de Thiriar³, qui consiste à décoller un lambeau comprenant le péritoine et un peu de tissu utérin. Des adhérences de séreuse à séreuse peuvent être aussi solides que celles de muscle à séreuse (Dembowski). Et en outre, nous pouvons ajouter que cette pratique, qui ne peut avoir que des inconvénients, n'est même pas justifiée par le bien-fondé de l'idée qui la dirigeait.

Ce n'est pas en effet du côté de l'organe à fixer qu'il y a lieu de craindre que les adhérences puissent céder, mais bien du côté de la paroi de suspension ou d'attache à la paroi abdominale³.

Le péritoine pariétal, en effet, n'a pas une résistance propre très considérable. D'autre part, il est pourvu d'une assez grande extensibilité dont il y a certainement

¹ *Loc. cit.*, p. 53.

² *Arch. f. klin. Chir.*, XXXVII, 1888.

³ *Mercure médical*, *loc. cit.*, p. 180.

lieu de tenir compte, mais qui n'aurait qu'une importance négligeable, si, au point de vue qui nous occupe, le feuillet pariétal était aussi solidement adhérent au plan sous-jacent que le feuillet viscéral l'est à l'utérus. Le péritoine pariétal au contraire est réuni à la paroi qu'il tapisse par une couche de tissu connectif lâche. La véritable sangle abdominale est constituée par le plan musculo-aponévrotique, qui, sur la ligne médiane, est uniquement fibreux, s'appelle la ligne blanche, et sur les parties latérales comprend deux lames aponévrotiques, entre lesquelles se trouvent les muscles; c'est grâce à l'intégrité de cette sangle que la paroi peut opposer constamment une résistance suffisante aux pressions de la masse viscérale intra-abdominale. Si donc, on ne réalise en fait, par la ventro-fixation que des adhérences purement péritonéales, il devient tout naturel de s'expliquer comment toutes les tractions qui pourraient se produire sur ces attaches, s'exerceront uniquement sur le péritoine pariétal, qui, grâce à son extensibilité propre, et au glissement que la faiblesse de ses adhérences à la paroi lui permet, arriveront à créer derrière les adhérences un petit décollement d'abord, puis, comme le même fait se produit à propos d'un rein flottant, un véritable méso dont la résistance ira sans cesse en s'affaiblissant et qui s'allongera ensuite de plus en plus. Et, pour arriver à de semblables conséquences, il n'est nullement besoin d'incriminer uniquement la grossesse. Elle agira au même titre, quoique plus puissamment, que toutes les autres causes qui peuvent s'opposer au maintien indéfini de la ventro-fixation.

Ces vues ne sont pas purement théoriques, et l'examen des résultats qui précèdent va nous montrer qu'elles se sont

entièrement réalisées, et d'autant plus, que nous n'avons envisagé que des cas où la grossesse est survenue.

4^e *Discussion de la valeur des moyens de fixation au point de vue du relâchement des adhérences.*— On peut grouper tous les cas d'hystéropexie qui font l'objet de notre critique (que la ventro-fixation ait été directe, ou semi-directe), en deux catégories.

a) Ceux dans lesquels on a produit la fixation en maintenant l'utérus en contact avec la paroi abdominale, au moyen d'un ou plusieurs fils traversant le fond de l'utérus et la paroi abdominale tout entière, à une certaine distance de chaque côté de la plaie. Ces fils fixateurs enlevés au bout d'un certain temps constituent ainsi des sutures temporaires.

b) Ceux dans lesquels la fixation a été réalisée au moyen de sutures perdues, comprenant dans la même anse de fil, une certaine portion de la paroi utérine et sur chaque lèvre de la plaie une certaine portion du péritoine et du plan musculo-aponévrotique.

Dans la première catégorie, on doit ranger les procédés d'hystéropexie semi-directe Olshausen-Saënger et celui d'hystéropexie directe qui fut employé d'abord par Galliard Thomas et Lawson Tait, et que Léopold (de Dresde) a perfectionné. C'est celui qui a été employé par Jacobs, Gottschalk, Fraipont, Frommel, etc.

L'autre catégorie comprend tous les procédés à sutures fixatrices perdues. Ce sont ceux de Czerny en Allemagne, Terrier en France, et plus récemment ceux de Laroyenne à Lyon et de Sinclair en Angleterre. Notons aussi celui de Pozzi, qui ne diffère de celui de Terrier que par une suture unique fixatrice en surjet et celui de Picqué qui

constitue un procédé intermédiaire entre l'hystéropexie directe et l'hystéropexie semi-directe.

Or, si parmi ces différentes observations que nous avons rapportées, on parcourt celles où les adhérences se sont relâchées, on verra que, dans la plupart, il s'agit d'hystéropexies à sutures temporaires.

On conçoit aisément, après les considérations que nous avons discutées plus haut que la cicatrice adhérentielle même la plus heureuse, produite par le procédé de Léopold, au moyen de sutures serrées, ne puisse opposer une résistance suffisante aux efforts qui tendent à éloigner l'utérus de la paroi. Ces adhérences sont constituées par celles qui se sont formées entre les deux feuillets séreux dans l'étendue comprise entre les points d'entrée et de sortie des fils fixateurs dans le tissu utérin. En outre, elles ne sont fixées à la paroi ou plus exactement au plan musculo-aponévrotique que par la cicatrice qui se formera au niveau de la ligne de section du péritoine pariétal.

Dans les cas de grossesse rapportés après des hystéropexies faites suivant un procédé à sutures perdues, horizontales, les adhérences ne paraissent avoir lâché. Dans les observations de Pinard, Bar, Chaput, où l'hystéropexie avait été pratiquée suivant le procédé de Terrier, celles de Laroyenne et de Sinclair, l'utérus est resté en bonne position.

M. Pinard a pu s'assurer pendant les suites de couches que les adhérences n'avaient pas été rompues pendant le travail. Nous pouvons affirmer pour l'avoir constaté nous-mêmes que chez les opérées de M. le P^r Laroyenne, la fixation de l'utérus à la paroi était aussi manifestement solide et intégrale chez les trois malades qui avaient été

enceintes que celles qu'on pouvait constater chez des malades récemment opérées.

Nous pouvons tirer, de l'étude critique que nous venons de faire, la conclusion suivante : c'est que la fixation de l'utérus doit être faite avec un grand soin pour éviter que les adhérences puissent se relâcher et arriver à la formation d'une sorte de ligament qui peut avoir de très graves dangers.

L'éventualité d'une grossesse ultérieure pouvant être une cause très sérieuse de modifications au point de vue des adhérences créées par l'hystéropexie, la nécessité d'une ventro-fixation aussi solide que possible s'impose donc davantage dans les cas où, par suite de la conservation d'une des annexes au moins, la femme aura conservé son activité génitale.

Nous réservant d'étudier dans un autre chapitre les conditions que devra remplir une hystéropexie pour assurer la fixité des adhérences, disons seulement maintenant que les sutures fixatrices devront toujours comprendre, dans des points perdus et isolés, le plan musculo-aponévrotique.

VI. De l'influence de la ventro-fixation sur le processus de la grossesse.

Toutes les objections concernant l'influence de la ventro-fixation sur une grossesse ultérieure ont trait à la

¹ Th. Lamort.

gène qui doit résulter de cette fixation anormale « anti-physiologique¹ » sur le développement de l'utérus.

Or, jusqu'à maintenant, de tous les auteurs qui ont pratiqué l'hystéropexie, aucun ne s'est préoccupé du mode de fixation qu'il y aurait lieu de réaliser pour que cette nouvelle situation de l'utérus entrave le moins possible une grossesse ultérieure.

Dans tous les procédés récents d'hystéropexie, c'est surtout la solidité des attaches qu'on a eu en vue, par dessus tout : Czerny, Terrier, en montrant l'avantage des sutures fixatrices perdues, Laroyenne, en cherchant au moyen d'un levier hystérophore et d'aiguilles brôches, à assurer un contact plus parfait du corps de l'utérus avec la paroi abdominale; c'est uniquement dans le but de chercher à éviter la libération ultérieure des adhérences créées, que Sinclair, à Manchester, a pratiqué un procédé de ventro-fixation, dans lequel il a multiplié les points de suture, en fermant le cul-de sac vésico-utérin et immobilisant la paroi antérieure de l'utérus.

C'est même le premier auteur qui ait précisé la partie de l'utérus qu'on devait fixer de préférence dans l'hystéropexie directe. Tous les autres chirurgiens, qui ont pratiqué l'hystéropexie directe, fixaient presque indistinctement le fond de l'utérus ou la partie qui l'avoisine.

Olshausen et Saenger eux-mêmes n'ont fait la ventro-fixation de l'utérus par ses bords, que dans le but, aujourd'hui démontré illusoire, de laisser à la vessie la place nécessaire à son ampliation.

Il est tout naturel d'admettre cependant que pendant la grossesse le développement de l'utérus fixé aura été entièrement subordonné à l'étendue de la fixation et aux

parties de l'utérus qui auront été immobilisées. Il faut tenir compte de l'inégalité de développement des diverses parties de l'utérus. Et c'est pour cela que nous croyons utile de rappeler, à cette occasion, les différentes modifications que subit l'utérus pendant la grossesse. Nous sommes heureux de pouvoir rapporter ici les notes que nous avons prises à ce sujet aux remarquables conférences de M. le professeur agrégé Aug. Pollosson, pendant le semestre d'été 1893.

« Dans l'ampliation de l'utérus gravide, c'est principalement le fond qui se développe. Ce fait est démontré surabondamment par la situation de l'orifice des trompes, dans l'utérus vide et dans l'utérus gravide. Les autres portions y contribuent, mais dans des proportions moindres et inégales, suivant leurs parties considérées. Ainsi, pour la paroi postérieure, l'ampliation de la partie supérieure dépasse d'un cinquième celle de tout le reste de la paroi. A la face antérieure de l'utérus, au contraire, c'est la partie inférieure qui se développe le plus. Il y a hypertrophie véritable et non pas seulement distension.

« Les faces latérales de l'utérus se développent aussi proportionnellement beaucoup plus que la face antérieure. Ainsi, quand on fait une coupe de l'utérus sur la ligne médiane à une période assez avancée de la grossesse, on constate que l'insertion du col est reportée sur un plan postérieur. »

En se reportant à ces données cliniques et physiologiques, on conçoit aisément, sans paradoxe, qu'une intervention qui consisterait seulement à immobiliser par une fixation définitive, la seule zone du corps utérus située sur la face antérieure, au-dessous de la limite de l'inser-

tion des trompes, et s'arrêtant plus ou moins bas vers la partie inférieure sans empiéter sur le tiers adjacent du col, aurait cette conséquence de ne gêner, et encore incomplètement, si l'on a soin de faire les sutures sur la ligne médiane, l'ampliation physiologique, que de cette seule partie de l'utérus qui, absolument libre, se développe relativement très peu.

Cette dernière considération n'est pas seulement théorique, et tout en admettant le bien fondé de la plupart des objections, qui ont été déduites comme conséquence d'un certain nombre d'observations, les notions physiologiques qui précèdent nous autorisent à croire que, étant donné des conditions de solidité aussi heureuses qu'il est permis de l'espérer, les résultats et les bénéfices que la malade éprouvera de son opération, seront d'autant plus favorables que la fixation de l'utérus aura été faite dans des conditions telles qu'elle apportera moins de gêne au cours d'une grossesse ultérieure.

La solidité des attaches créées par l'hystéropexie devant persister indéfiniment, leur intégrité aura d'autant plus de chance de subsister que le processus de la grossesse s'exercera sur elle avec un effort moins considérable.

On pourrait alors objecter, contre cette opération elle-même, que les inconvénients qui pourront en résulter, au point de vue de la grossesse elle-même seront une contre-indication à l'opération.

Et, il semble même qu'on soit obligé d'en revenir à cette objection qui fut la première de toutes. Gottshalk écrit :

« En règle générale, la grossesse n'est pas interrompue. La croissance progressive de l'utérus gravide force

bientôt les adhérences de sa paroi antérieure avec la paroi antérieure de l'abdomen. Et c'est ainsi qu'on s'explique qu'elle ne soit pas interrompue. » « La grossesse après l'hystéropexie, dit Rivière, peut très bien aller jusqu'à terme; parce que, sous l'influence de la grossesse, les adhérences utéro-pariétales sont susceptibles de s'allonger assez pour permettre à la grossesse d'aller à terme, mais on comprend que cet allongement ait des limites, on comprend surtout que, dans certaines circonstances, il ne puisse suffire et que, plus ou moins tôt, se produise soit un avortement, soit un accouchement prématuré. »

Si d'autre part, on n'admet pas que les attaches utérines puissent s'allonger, on trouve des auteurs dont l'opinion est tout aussi formelle. Voici ce que dit M. le professeur Gaulard.

« Que va-t-il advenir de cet utérus fixé à la paroi abdominale antérieure. Comment se développera-t-il? Il semble que de pareilles conditions doivent être considérées comme anormales, l'avortement en sera fréquemment la conséquence. »

Et c'est ainsi qu'après avoir prouvé, par les observations de grossesse, la nécessité d'une ventro-fixation extrêmement résistante, nous nous trouvons maintenant dans l'obligation de prouver si, dans ces conditions, la grossesse normale est possible. Nous dirons plus, nous essaierons de montrer par la critique des faits connus et incriminés, que la grossesse normale est l'éventualité qu'il y aura lieu d'espérer dans la plupart des cas d'hystéropexie où les annexes, au moins l'une d'elles, auront été conservées, et, où la fixation aura été réalisée dans certaines conditions que nous proposons d'établir.

1° *De l'influence de la ventro-fixation sur les phénomènes du début de la conception.* — On n'a pas signalé que les malaises qui existent au début de toute grossesse aient été plus marqués après l'hystéropexie. Tout ce qu'on remarque c'est, dans la majorité des cas, l'existence de tiraillements ou de douleurs au niveau de la cicatrice.

C'est un phénomène très curieux de constater que dans les premiers temps de la grossesse, chez une hystéropexiée, il n'y ait pas plus de troubles, car c'est surtout à ce moment que la ventro-fixation met la matrice dans des conditions essentiellement différentes que dans la gestation ordinaire.

Que se passe-t-il en effet, dans un utérus, absolument libre à l'éclat physiologique? l'utérus change-t-il de direction dans les premiers temps de la conception. C'est peu probable.

Ce phénomène serait en tout cas contingent et entièrement subordonné à la position qu'occupait à l'état de vacuité l'utérus devenu gravide. Entre la retrodéviation modérée et l'anteflexion, on peut retrouver, à l'état normal physiologique, l'utérus dans toutes les positions intermédiaires. Dans chaque cas, on peut dire qu'il se trouve à peu près dans l'axe de l'excavation, mais alors, il devient nécessaire, pour pouvoir apprécier celui-ci, de tenir compte de l'inclinaison du bassin et les dimensions de l'excavation (Tehaussow). Mais peu nous importe cette question, à ce moment. Les anciens croyaient, que dans les premiers temps de la grossesse, l'utérus était abaissé

¹ Voir Charpy, La Position de l'utérus, (*Arch. tocologie*, nov. et déc. 1892).

et en rétroversion. Tarnier et Pinard ont trouvé, au contraire qu'il était plutôt dirigé en avant. Il est plus simple d'admettre qu'il garde la position qu'il est susceptible d'avoir. Or, sa situation la plus habituelle, en l'absence de tout état pathologique, est d'avoir le fond dirigé en avant, avec une inclinaison à faible courbure à l'union du corps et du col. Ces conditions ne sont pas différentes de celles qui auront été réalisées par l'hystéropexie.

Mais il faut ajouter qu'à l'état normal, le fond de l'utérus non gravide ne déborde pas le pubis et que ce n'est qu'à la fin du deuxième mois de la grossesse que l'utérus arrive à déborder la symphyse d'un travers de doigt ¹.

Or, pendant ces deux premiers mois, l'utérus a changé de forme. Il devient piriforme et, comme volume il atteint successivement la grosseur d'une mandarine, puis d'une orange. Il est probable que le corps de l'utérus tout entier participe, dans des proportions difficilement appréciables, à ces premières modifications.

Dans l'utérus fixé, les phénomènes ne peuvent se passer aussi commodément et c'est à cette anomalie créée de la première phase du développement de l'utérus qu'il faut attribuer les douleurs et les sensations de tiraillement qui ont été notées au niveau de la cicatrice et qui durent, jusqu'au quatrième mois. Il faut, en effet, arriver à cette période pour que, à l'état physiologique, l'utérus ait dépassé le niveau de la limite supérieure de la cicatrice. Par le palper,

¹ Cours d'accouchement de M. Auguste Pollosson (Semestre d'été, 1893).

on trouve à quatre mois, le fond de l'utérus, environ à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Au troisième mois, l'utérus est sphéroïdal et atteint la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Il devient ensuite ovoïde.

C'est à partir de ce moment qu'on peut admettre que le développement de l'utérus s'effectue suivant les différentes proportions qui ont été signalées relativement à chaque paroi. Jusqu'à ce moment toute l'étoffe nécessaire a été fournie par le corps de l'utérus qui, en changeant de forme et augmentant progressivement de volume, s'est en quelque sorte remonté au-dessus de l'excavation. C'est le fond de l'utérus qui va ensuite, surtout, se développer jusqu'à la fin du sixième mois.

« Au cinquième ou sixième mois, c'est presque à égale distance des deux extrémités de l'organe que naissent les ligaments ronds. » Si donc, on admet que l'utérus n'ait été fixé que dans la portion de sa face antérieure qui se trouve au-dessous des ligaments ronds et au-dessus de la zone où le péritoine viscéral devient décollable à l'état de vacuité, on conçoit alors que la ventro-fixation n'apportera que peu de gêne au développement de l'utérus.

Les faits cliniques ont montré que l'hystéropexie ne produisait pas de bien grands malaises pendant les premiers mois. Or, à partir du moment où le développement de l'utérus aura dépassé le niveau de la cicatrice, il n'y aura plus aucun obstacle sérieux. Le fond de l'utérus sera libre de se développer au-dessus d'eux, les parties postérieure et latérale, qui acquièrent un plus grand développement que la partie antérieure, le feront comme à l'ordinaire.

D'autre part, à une époque encore plus avancée de la

grossesse, quand se développera le segment inférieur, la fixation utérine bien au-dessus du pubis n'aura pas d'inconvénients.

La zone inférieure du corps de l'utérus pourra se développer dans l'excavation. Grâce au ramollissement du tissu connectif inter-utéro-vésical, le col utérin, par une sorte de mouvement de glissement pourra être reporté en arrière par suite du développement plus considérable du segment inférieur de l'utérus en avant. On se rend donc ainsi parfaitement compte de la nécessité qu'il y a, à ne fixer dans la ventro-fixation, que la seule paroi antérieure du corps de l'utérus, et c'est justement parce que c'est le fond même de l'utérus qui était artificiellement maintenu en contact avec la paroi utérine que des avortements ont été inévitables quand les adhérences n'ont pas cédé et qu'il y ait eu sur ces adhérences, à partir du quatrième mois, comme Gottshalk l'a noté, des tiraillements qui ont mobilisé la fixation dans un certain nombre de cas.

2° *Cas d'hystéropexie où l'avortement a été la conséquence de la ventro-fixation.* — Sur les trente et une malades ayant subi une hystéropexie et qui sont devenues ensuite enceintes, il y en a une au sujet de laquelle manque toute espèce de renseignement, une opérée de Vlacos, en Turquie, pour prolapsus, et une autre, l'observation II de Sinclair dont la grossesse était en cours (7 mois 1/2), au moment de la publication de son mémoire.

Les vingt-neuf autres cas ont donné lieu à trente-trois grossesses. Sur ce nombre, il y a six avortements et trois accouchements prématurés.

En faisant abstraction de deux de ces derniers, le pre-

mier dont l'accouchement eut lieu à peu près normalement trois semaines avant terme, et le second, ayant été la conséquence directe d'un traumatisme ; et, de l'observation II de Laroyenne où l'avortement est consécutif à un effort, il reste donc cinq cas dans lesquels, suivant l'expression de Rivière, « la grossesse a été interrompue plus ou moins loin du terme et dans des conditions telles qu'il semble difficile à reconnaître à cette interruption d'autre cause que l'hystéropexie ».

Ces derniers se répartissent ainsi : 1° quatre avortements véritables dont deux successifs chez la même malade, celle de Gottschalk, et un accouchement prématuré à six mois chez la malade de Sænger (obs. I).

Dans deux de ces observations, il s'agit de fausses couches de quelques semaines, c'est le cas de la malade de Winiwarter (obs. I), et de celle de l'observation III de Laroyenne.

Quelle est la part que revient à la ventro-fixation dans ces deux avortements de début ? Il serait difficile de l'établir, étant donné les multiples influences qui peuvent agir sur ce phénomène, à cette époque de la grossesse. On concevrait plutôt qu'ils puissent être plus fréquents, si l'on songe aux conditions dans lesquelles se trouve l'utérus fixé, tout à fait au début de la conception.

Il y a même une question qu'on peut se poser à cette occasion.

On sait d'ordinaire que l'ovule fécondé, lorsqu'il arrive dans l'utérus pour y opérer sa nidation, trouve normalement une cavité virtuelle. L'agrandissement même de la cavité intra-utérine, comme cela peut arriver chez les multipares, doit même être considéré suivant

M. le professeur Fochier¹ comme une condition favorisant l'ectopie de l'œuf et par suite son insertion vicieuse. La cavité utérine dont le fond est fixé à la paroi abdominale et qui se trouve ainsi étirée, aplatie, dans le sens antéro-postérieur et entr'ouverte par suite d'une sorte de déplissement pourra ne pas présenter « une surface convenable à l'insertion placentaire² et il serait possible qu'un placenta irrégulier, développé dans ces conditions » puisse se décoller prématurément.

La proportion d'avortements du début n'est cependant pas suffisante pour appuyer une telle manière de voir, à moins qu'on n'admette qu'un grand nombre de cas semblables ont pu passer inaperçus chez des hystéropexiées qui n'ont jamais eu de grossesses ultérieures.

L'influence véritable de la fixation de l'utérus est plus évidente et moins sujette à conjectures dans l'observation de Gottschalk. Il s'agit d'une femme qui avait eu trois accouchements antérieurs et à laquelle il avait fait avec succès l'hystéropexie pour une rétroflexion mobile. Devenue enceinte en octobre 1890, elle présenta des traces de menstruation jusqu'à la sixième semaine ; à partir de mi-décembre, hémorragies continues qui amenèrent l'avortement le 8 janvier. Un deuxième avortement étant survenu, il rompit sous le chloroforme les liens de fixation : la patiente conçut et porta sa grossesse à terme. C'est une raison bien concluante pour démontrer que c'était réellement la ventro-fixation qui provoquait l'avortement. »

Il n'y a pas même pas lieu d'en douter quand on songe

¹ Cours Semestre d'hiver, 1894-95,

² Th. Lamort, p. 70.

à la façon dont l'utérus se trouvait fixé. « Le procédé de Gottschalk consiste en effet à se servir des deux points de suture les plus inférieurs de la plaie abdominale pour fixer l'utérus. » Ces deux fils sont alors passés à travers la paroi de l'utérus au niveau du fond qui se trouve ainsi fixé dans l'angle inférieur de la plaie ; ce qui a pour conséquence de produire la ventro-fixation en antéflexion à courbure même assez accusée. Si l'on ajoute qu'il avait employé deux fils de soie qu'il enleva le quinzième jour et que d'autre part, comme il le dit lui-même, « sa malade était de celles qui sont très impressionnables et dont l'utérus ne peut rompre les adhérences résultant de la ventro-fixation, l'explication de l'avortement devient encore plus évidente.

D'autre part, cette observation montre bien, par la constatation directe qu'il a pu faire, l'influence du mode de fixation sur le développement relatif des différentes portions de l'utérus. « Le corps, ayant d'ailleurs augmenté de volume proportionnellement à la marche de la grossesse, il lui fallut, pour vider son contenu, introduire le doigt dans la cavité et il se rendit compte que la paroi postérieure et le fond étaient considérablement amincis, tandis que la paroi antérieure tout entière n'avait subi aucune modification dans son épaisseur. »

L'observation I de Saenger est aussi très instructive à cet égard.

Dans les premiers temps de sa grossesse, la malade éprouva quelques douleurs au niveau de la cicatrice et elle eut à plusieurs reprises des écoulements sanguinolents jusqu'au deuxième mois. C'est seulement à partir du cinquième que l'utérus parut « ne pas vouloir se

développer normalement en hauteur, étant solidement retenu au niveau de la suture. Au sixième mois, elle accoucha d'un fœtus mort et macéré. »

Comme il s'agit ici d'une hystéropexie semi-directe, dans lequel toute la paroi antérieure, une partie du fond, et des parois latérales étaient immobilisés par trois sutures de chaque côté au niveau de l'insertion des ligaments larges, on comprend les difficultés qui étaient créées à l'expansion progressive de l'utérus. Dans le cas présent l'utérus ne triompha des adhérences que lors d'une deuxième grossesse que put s'accomplir à terme.

La critique de ces derniers cas nous permet donc d'établir les raisons qui ont été cause de l'interruption de la grossesse. Et nous avons montré que l'avortement n'avait pas seulement eu lieu parce que les adhérences avaient résisté. Il y a du reste un certain nombre d'observations de grossesses normales suivies d'accouchements à terme, où l'on ne peut révoquer en doute que les adhérences ne se soient pas intégralement maintenues. On pourrait d'abord citer l'observation de Léopold, bien que l'accouchement ait été prématuré de trois semaines. Au moment du travail, l'examen montre la paroi abdominale fortement tendue ; pendant les contractions, on voit la cicatrice opératoire se déprimer au niveau de son tiers inférieur. On sent, en outre, deux cordons courts et solides, qui se dirigent vers l'utérus. Après guérison, l'utérus était en antéversion, réuni par un cordon solide et non douloureux à la paroi abdominale antérieure. C'était le fond de l'organe qui avait été fixé au moyen de deux fortes sutures. Ce cas même, on le voit, serait suffisamment démonstratif, si nous n'avions prouvé précédemment que, même dans ce

cas, il y avait eu du relâchement des adhérences, et que par suite, le résultat définitif se trouvait sérieusement compromis.

On ne saurait faire le même reproche aux observations de grossesse à terme, dans lesquelles l'hystéropexie a été faite par les procédés à sutures perdues de Terrier, Sinclair, Laroyenne. A ce titre, les observations de Pinard, Bar, Chaput, pourraient être concluantes, si l'on avait songé à rechercher plus spécialement si les adhérences n'avaient pas pu subir aucune modification. C'est surtout ce but que nous avons eu dans les trois malades que nous avons pu examiner à la Clinique, et nous avons pu nous en rendre suffisamment compte pour pouvoir affirmer les heureux résultats de la méthode de M. le professeur Laroyenne. Sinclair, du reste, qui a eu surtout en vue de vouloir obtenir des adhérences d'une solidité exceptionnelle est aussi très affirmatif, et la malade qui fait l'objet de son observation II a déjà eu trois grossesses.

Nous devons faire remarquer, que dans les dernières observations de grossesse à terme qui précèdent, on peut admettre, selon toute vraisemblance, que c'est la face antérieure de l'utérus qui a été fixée. A part Sinclair qui pratique cette précaution intentionnellement, c'est en effet la fixation qui se trouve le plus souvent réalisée de fait, par les procédés de Terrier où le fond de l'utérus est tiré en haut et amené dans la plaie au moyen d'une pince érigne et dans le procédé Laroyenne, où le fond de l'utérus est poussé en avant et en haut par le bout de l'hystéromètre-lévier. Presque toujours, du reste, dans ce dernier cas et c'est ce que nous avons vu faire, à part quelques exceptions, la première aiguille-broche, tra-

versé la paroi utérine au niveau, ou légèrement au dessous de leur ligne d'insertion.

3° *De l'influence possible de la ventro-fixation, sur le développement de l'œuf.* — Les observations de grossesse sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir donner quelques renseignements à ce sujet. Dans l'accouchement prématuré survenu à six mois, dans l'observation I de Saenger, le fœtus macéré avait un volume qui ne paraissait pas dépasser celui d'un fœtus de trois mois. La ventro-fixation peut-elle avoir une influence sur la présentation ? C'est ce que l'avenir éclaircira.

4° *De l'influence de la ventro-fixation sur le travail.* — On sait qu'à l'état normal le muscle utérin se contracte tout entier, de telle sorte que la directrice totale de toutes les forces produites en chaque point de la paroi, ait pour effet de produire l'expulsion du produit foetal, suivant le grand axe de l'utérus.

Pour que cet effet se produise, il est nécessaire que toutes les parties de l'utérus se contractent également. La fixation de l'utérus a-t-elle causé quelque accident à ce point de vue ?

Dans le plus grand nombre d'observations, on ne signale pas d'incident particulier. Dans plusieurs cas, il est vrai, l'utérus n'était plus fixé en quelque sorte à la paroi. Dans les observations où cette objection n'a pas lieu d'être faite, on a signalé pendant le travail un tiraillement du côté de la cicatrice, qui faisait qu'on le voyait se froncer, se déprimer (obs. de Léopold, Pinard). Dans son cas, M. Pinard a en outre observé la particularité suivante : « C'est qu'il n'y eut pendant la grossesse, aucune accommodation pelvienne, l'utérus ne descendit à aucun mo-

ment dans l'excavation, et nous fûmes obligé de fixer le fœtus à l'aide de la ceinture eutocique. Le travail qui se déclara à terme fut normal, et M^{me} X accoucha spontanément d'un enfant vivant s'étant présenté par le sommet. »

Cette particularité n'a été observée dans aucun autre cas.

Il n'y a qu'un seul cas d'inertie utérine parmi ceux connus jusqu'ici. C'est la malade de l'observation I de Sænger dont nous avons déjà longuement parlé à propos de son premier accouchement prématuré. Sa deuxième grossesse fut normale et même, examinée au neuvième mois, Sænger avait trouvé que l'utérus ne présentait rien d'anormal dans ses dimensions, sa forme, sa mobilité. L'accouchement fut terminé par version et extraction d'un enfant mort. La particularité remarquable dans cet accouchement, fut l'absence presque complète des contractions. Ce cas, à la rigueur, pourrait être discuté même comme ne pouvant pas être à proprement parler à rapporter à l'hystéropexie. Cette malade avait en effet subi antérieurement à cette dernière intervention le raccourcissement des ligaments ronds.

L'observation II de Saenger, dans les mêmes conditions de fixations, a montré un accouchement normal.

Dans tous les cas, les suites de couches ont été simples et l'involution de l'utérus s'est accomplie à peu près normalement.

Il y a eu cependant, dans l'observation de Bar, une légère hémorragie qui fut arrêtée par des injections vaginales chaudes et une piqûre d'ergotine.

Enfin, les deux observations de Laroyenne (II) et de Sinclair (I) nous montrent que l'accouchement dans une

hystéropexie faite dans des conditions de véritable succès, peut être aussi simple que dans les conditions normales.

Dans l'un et l'autre cas, il y eut de fortes douleurs expulsives et un travail rapide, sans aucune autre particularité.

CHAPITRE V

Des conditions qu'il est nécessaire de réaliser dans une hystéropexie. — Valeur des différentes méthodes. — Avantages du procédé Laroyenne.

Il résulte de l'étude clinique que nous venons de faire que l'hystéropexie, pour constituer une méthode thérapeutique réellement efficace, nécessite comme condition préalable, indispensable et essentielle, de pouvoir assurer d'une façon absolument définitive, la solidité des adhérences qu'elle aura créés entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure.

Et, au point de vue que nous avons plus spécialement envisagé, c'est-à-dire, celui de l'hystéropexie chez des femmes jeunes et dont la conservation de la puissance génitale permettra de supposer la possibilité de grossesses ultérieures, la nécessité s'impose en outre, au cours de la ventro-fixation, de réaliser cette dernière dans des conditions, qui n'apportent pas de gêne notable au processus de la parturition.

Nous avons essayé de déduire des faits que nous avons analysés et discutés, qu'il n'était pas chimérique de chercher à réaliser simultanément ces deux conditions.

Aussi, nous est-il permis maintenant de signaler les procédés qui seront les plus aptes à remplir ce double but et, en outre, les quelques points de technique qu'il sera plus particulièrement indiqué de suivre.

Nous avons déjà montré les graves dangers qui peuvent résulter des hystéropexies dont les adhérences, peuvent cependant, malgré leur solidité, subir une sorte d'élongation et arriver ainsi à former une sorte de ligament extensible, véritable lanière tendue à travers le pelvis. Le bénéfice de l'hystéropexie se sera trouvé ainsi non seulement anéanti, mais le malade court en plus les risques continuels d'une occlusion intestinale imminente.

La raison de ce résultat qui, dans tous les cas que nous avons étudiés, a été singulièrement favorisé par la grossesse, et surtout aussi par la condition dans laquelle l'utérus se trouvait fixé, est essentiellement le mode de fixation employé.

On doit donc considérer comme absolument nécessaire, dans une hystéropexie, la fixation du corps de l'utérus par des sutures perdues comprenant comme soutien la place aponévrotico-musculaire de la sangle abdominale.

Cette dernière condition n'est pas cependant absolument infailible. Ce dernier mode de suture nécessite, de plus, d'être réalisé d'une façon très intime. Les deux observations de Winiwarter dans lesquelles cet auteur avait compris, dans l'anse de ses fils fixateurs, tout le

fond de l'utérus d'un angle à l'autre, le cas de Routier (obs. II) dans lequel un seul fil avait été passé dans ces conditions, montrent que ce seul mode de suture ne saurait entièrement suffire pour la réalisation du résultat qu'on se propose.

Un fait anatomique rapporté par Picqué¹ nous permet en outre, d'affirmer que la seule méthode d'hystéropexie qui doit désormais être employée est celle dans laquelle, on soude à la paroi abdominale le corps de l'utérus directement par sa portion médiane. La raison en est la suivante : on sait qu'à l'état physiologique la masse intestinale comble le cul-de-sac vésico-utérin. C'est la disposition anatomique du moins la plus fréquente. Il n'est point illusoire de penser qu'après la ventro-fixation, la tension des viscères intra-abdominaux pourra s'exercer au-dessus du fond de l'utérus. C'est peut-être même la raison qui fait que, dans les premiers temps que les malades hystéropexiés marchent, elles éprouvent des douleurs assez vives au niveau de la cicatrice, sensation qu'elles comparent à un « arrachement » et qui ne disparaît que lorsqu'elles portent une ceinture abdominale assez large pour aider la paroi abdominale inférieure à soutenir le poids des viscères.

Ceci fait bien comprendre le véritable inconvénient des hystéropexies semi-directes. L'espace libre laissé entre l'utérus et la paroi abdominale, sous le prétexte maintenant démontré erroné, de permettre à la vessie de se développer, n'a pas d'autre résultat que de faciliter l'écartement de ces deux surfaces et, par suite du relâchement des adhérences latérales, permettre de s'y engager à une

¹ *Soc. chirurgie*, janvier 1894.

anse intestinale qui, certainement, si toutefois des phénomènes d'étranglement ne se produisent pas, aura pour conséquence d'être un agent constant et actif du relâchement des adhérences.

Cette crainte existe encore et est réelle, même si l'on emploie, pour ce mode d'hystéropexie des sutures perdues et aponévrotico-musculaires. C'est ce qui est arrivé dans le fait de Picqué, qui avait pratiqué la ventro-fixation par un procédé en quelque sorte intermédiaire entre l'hystéropexie demi-directe et l'hystéropexie directe. Ce chirurgien, malgré ses deux rangées de sutures bilatérales, comprenant une portion du muscle utérus, a pu constater à leur niveau une sorte d'infundibulum qui s'était formé aux dépens du péritoine, malgré la persistance des adhérences.

Ceci nous amène à indiquer la nécessité qu'il y a de ne pas laisser au cours d'une hystéropexie, d'espace libre entre la portion de l'utérus qui est fixée et la vessie. C'est cette négligence qui fait que les pédicules retenant l'utérus chez les malades de Jacobs sont si dangereux. Et on le conçoit aisément si l'on songe qu'une anse intestinale peut arriver à s'engager au-dessous de cette bandelette falciforme entre l'utérus, la vessie et la paroi abdominale antérieure.

D'autre part, on peut admettre maintenant comme absolument prouvé que l'hystéropexie n'a aucune influence sur la vessie. À peine si dans quelques rares cas, on a noté des mictions plus fréquentes. Cette intervention, au contraire, a même apporté un notable soulagement aux troubles vésicaux qui résultaient de flexions exagérées du corps de l'utérus.

Il est vrai qu'on peut tomber, dans certains cas, sur une vessie ayant subi une hypertrophie extraordinaire et pouvant remonter, le long de la paroi abdominale presque au niveau de l'ombilic. M. Condamin a publié un fait de ce genre. Mais, pour qu'il en soit ainsi, il est nécessaire que des conditions spéciales interviennent comme cause, telles que le développement d'une tumeur ou grossesse différente des cas ordinaires. Et puis, ces conditions ne doivent pas être imprévues. M. le professeur Laroyenne insiste toujours là-dessus avec raison. On ne doit jamais faire une incision de laparotomie sans s'être rendu compte par l'exploration directe de l'étendue et de la direction de la vessie, précaution aussi nécessaire que de sonder la malade avant l'opération.

Il faut arriver jusqu'au mémoire de Sinclair pour trouver un auteur qui ait bien spécifié la nécessité d'obtenir des adhérences non seulement solides, mais encore qui comprennent pour plus de solidité toute la face antérieure de l'utérus et *non le fond*, avec la précaution préalable d'assurer l'occlusion du cul-de-sac vésico-utérin.

C'est donc à ce chirurgien que revient ce mérite, et, c'est par la lecture et l'examen que nous avons fait de ses remarquables résultats, en traduisant son mémoire avec soin, que nous avons pu songer que de telles conditions avaient en outre l'avantage de ne pas entraver le cours d'une grossesse ultérieure.

Sinclair, pour obtenir des adhérences résistant au relâchement progressif, a cru bon de multiplier le nombre de sutures, et, à cet effet, il a employé un procédé dont voici la description succincte. Après incision de laparotomie et libération des adhérences qui retiennent l'utérus, le fond

de celui-ci étant saisi sur sa ligne médiane et amené dans la plaie, il commence par oblitérer le repli vésico-utérin au moyen de deux rangées de sutures au catgut passées superficiellement à travers les feuillets du péritoine. Ce temps préliminaire est destiné à clore le cul-de-sac vésico-utérin et non à produire des adhérences considérables. Puis, le péritoine viscéral ayant été préalablement décollé sur chaque lèvre de la plaie, dans l'étendue de 1 cm. 50 à 2 centimètres, il passe un premier fil près l'origine des ligaments ronds comprenant des deux côtés le péritoine décollé et une certaine portion du tissu utérin. Plusieurs autres sutures du même genre réunissent la face antérieure de l'utérus au péritoine de la plaie. Puis, indépendamment de cette première série de sutures, il pratique l'occlusion de la plaie au moyen de fils profonds à la soie qui traverse la paroi abdominale dans toute son épaisseur, et la paroi antérieure de l'utérus.

Dans la série d'observations que Sinclair a publiées, et dans laquelle l'opération remonte à plus de trois ans, il n'a pas constaté que les adhérences aient cédé.

Nous ne croyons pas cependant que cette technique si compliquée, présente de bien nombreux avantages, même au point de vue des résultats que Sinclair a eus en vue. Nous croyons même qu'elle réalise des conditions de solidité beaucoup moins sûres que les procédés à sutures aponévrotiques perdues. En outre, tout en admettant le bien fondé des précautions sur lesquelles Sinclair a eu le mérite d'attirer l'attention, nous pensons que les procédés d'hystéropexie directe de Czerny-Terrier, et surtout celui de notre maître le professeur Laroyenne, peuvent les réaliser entièrement.

Il y a même une autre question à laquelle cette dernière méthode seule puisse donner pleine satisfaction, c'est à la suivante: A quelle hauteur doit-on fixer l'utérus au-dessus du pubis?

Aucune donnée ne saurait être indiquée à ce sujet, et, ainsi envisagée, cette question n'a pas de sens.

Dans le cas qui nous occupe, l'hystéropexie n'est pas la suspension du fond de l'utérus. Cette dernière condition, eût-elle été même réalisée, serait tout au plus le résultat qu'on chercherait à obtenir dans un cas de prolapsus. Et même, dans ce dernier cas, on ne peut pas fixer à l'avance la hauteur à laquelle on viendra appliquer l'utérus dans la plaie. Cette condition doit être essentiellement relative dans chaque cas particulier, au volume de l'utérus considéré. La difficulté de cette appréciation est même la raison qui entraîne nécessairement une certaine indécision sur l'endroit précis où l'on doit pratiquer la section abdominale.

Grâce au gros hystéromètre de Laroyenne, on peut amener le fond de l'utérus à venir soulever la paroi abdominale. On a ainsi l'endroit où doit porter la section. Une autre considération, il est vrai, doit aussi être toujours prise en ligne de compte, c'est celle des adhérences qu'il faudra détacher.

La ventro-fixation, en effet, devant mettre l'utérus dans des conditions se rapprochant autant que possible de sa situation normale, il est absolument nécessaire qu'il soit entièrement libéré pour qu'on puisse le fixer à la paroi abdominale dans des conditions semblables. La direction normale de l'utérus est d'être dans l'axe de l'excavation. En clinique on peut admettre, comme le dit M.

le professeur Laroyenne dans ses leçons, que l'axe général du corps de l'utérus doit normalement être sensiblement parallèle au bord postérieur de la symphyse pubienne. Et cette condition dans l'hystéropexie sera réalisée, si on porte le fond de l'utérus au contact de la paroi abdominale le plus haut possible, mais sans aucun effort. Dans ces conditions, le cul-de-sac vésico-utérin se trouvera sensiblement effacé.

Le contact de la paroi utérine avec la paroi abdominale étant assuré au moyen du gros hystéromètre, se trouvera facilement maintenu par les aiguilles-broches qu'on passe à travers la portion de la paroi utérine qu'on juge bon de traverser et de chaque côté à travers le péritoine pariétal, et le plan aponévrotique.

On peut aussi placer trois et même quatre aiguilles-broches de la même façon, et les sutures qu'elles permettent de réaliser seront largement suffisantes pour produire l'adhérence de toute la face antérieure de l'utérus. M. le professeur Laroyenne attache une grande importance à ce fait de comprendre dans la suture une surface de péritoine-suffisante pour recouvrir toute la surface utérine qui sera comprise dans les sutures.

L'hystéromètre, loin d'être passible d'objections, devient donc, au contraire, un moyen très utile pour pratiquer une fixation efficace. Il a en outre l'avantage de pouvoir être d'un réel secours pour l'exploration des annexes et détacher les adhérences.

Enfin, rien n'est plus aisé que de fermer la plaie avec le globe utérin qui, amené dans la plaie par l'hystéromètre, vient en quelque sorte l'oblitérer à la manière d'un bouchon de soupape.

Il est tout aussi facile de fixer l'utérus dans ces conditions, par sa ligne médiane que si le fond était tiré dans la direction de la plaie par une pince érigne, comme le fait Terrier et comme le préfère Sinclair.

Le procédé de Laroyenne a encore un autre avantage, c'est d'éviter toute éventration ultérieure, ce qui est arrivé dans plusieurs observations de Sinclair.

Reste une dernière objection qu'il est possible de faire, c'est l'éventualité d'un cas où il serait impossible d'introduire dans la cavité utérine l'hystéromètre de Laroyenne.

Ce ne pourrait arriver que dans certains cas très rares de flexion extrêmement accentuée, comme celle de l'observation I de Routier.

C'est alors qu'on pourrait répondre, que, dans de telles conditions, il serait utile avant de pratiquer l'hystéropexie, d'appliquer préalablement un traitement local (columnisation, massage) qui, sans être curatif, aura au moins pour résultat de ramollir les culs-de-sac vaginaux et mobiliser les adhérences dans une certaine mesure suffisante pour permettre la réduction temporaire.

Les difficultés et les dangers de la laparotomie dans les manœuvres qui seront nécessaires pour assurer complètement la libération de l'utérus, seront ainsi considérablement amoindris et l'hystéropexie pourra alors être pratiquée suivant le manuel opératoire ordinaire.

Telles sont les conditions que l'hystéropexie doit désormais réaliser comme opération de choix. Et, c'est d'après les seuls résultats d'opérations semblables, dans de telles conditions qu'on pourra réellement juger de la valeur de cette méthode thérapeutique qui, jusqu'ici,

a déjà donné de très heureux résultats en gynécologie, et qui acquerra, nous en sommes convaincu, une importance de plus en plus grande dans la pratique, à mesure que les procédés de la chirurgie conservatrice, en ce qui concerne les organes génitaux de la femme, s'imposeront davantage par les succès qu'on est en droit d'attendre de leurs perfectionnements.

CONCLUSIONS

I. Il y a lieu de se préoccuper, au cours d'une hystéropexie conservatrice, de l'éventualité de grossesses ultérieures.

II. L'étude des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale, après la grossesse, montre qu'un certain nombre de points doivent être désormais considérés comme définitivement établis.

a) La ventro-fixation, pour constituer le traitement efficace et définitif des déviations utérines, devra réaliser comme condition essentielle, indispensable, la fixité absolue des attaches de l'utérus à la paroi abdominale.

b) Cette condition ne sera requise qu'autant que les adhérences créées par l'hystéropexie, et qui assureront le maintien de l'utérus au contact avec la paroi abdominale, ne subiront aucun relâchement pendant la grossesse et l'accouchement.

c) Les seuls procédés d'hystéropexie qui puissent satisfaire aux conditions précédentes sont ceux dans lesquels on aura pratiqué la fixation directe, immédiate du corps de l'utérus, au moyen de sutures horizontales perdues, comprenant, dans une même cicatrice, une certaine portion de la paroi antérieure de l'utérus et, sur chaque lèvre de la plaie, le plan musculo-aponévrotique et le péritoine.

III. L'hystéropexie abdominale, au point de vue de la grossesse ultérieure, ne devra comprendre dans les sutures fixatrices que la face antérieure du corps de l'utérus, au-dessous de la ligne d'insertion des trompes.

IV. L'hystéropexie, par la méthode de Laroyenne, réunit toutes les conditions précédentes et doit être considérée comme l'opération de choix.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION. — Que faut-il entendre par résultats éloignés ou tardifs ? — But de notre étude	9
CHAPITRE PREMIER. — Définition de l'hystéropexie abdominale antérieure comme méthode thérapeutique dans les déviations utérines	13
CHAPITRE II. — Le problème de l'hystéropexie et de la grossesse. — Comment doit-il être compris ?	17
CHAPITRE III. — Observations	22
CHAPITRE IV. — Critique des faits et des résultats	40
1° La ventro-fixation existe-t-elle réellement dans tous les cas de grossesse consécutive à l'hystéropexie ?	42
2° La grossesse à terme est-elle possible, si aucune modification ne se produit dans l'état de fixation de l'utérus ?	44
3° De l'influence de la grossesse sur la statique des adhérences utéro-pariétales	46
4° Des résultats tardifs de la ventro-fixation de l'utérus après la grossesse.	52

5° Discussion relative aux conditions de la ventro-fixation de l'utérus	54
6° De l'influence de la ventro-fixation sur le processus de la grossesse	65
CHARITRE V. — Des conditions qu'il est nécessaire de réaliser dans une hystéropexie	81
CONCLUSIONS	93

